

Ana Cláudia de Oliveira Batista

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia, cuidado em saúde e enfermagem.

Linha de Pesquisa: Modelos e Tecnologias para o cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Lúcia Nazareth Amante

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Batista, Ana Cláudia de Oliveira
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DE
PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL / Ana
Cláudia de Oliveira Batista ; orientadora, Lúcia Nazareth
Amante - Florianópolis, SC, 2015.
132 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Segurança do Paciente. 3. Cultura de
Segurança do Paciente. 4. Equipe de Enfermagem. 5.
Obstetrícia e Neonatologia. I. Amante, Lúcia Nazareth. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

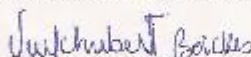
ANA CLÁUDIA DE OLIVEIRA BATISTA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DE
PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida no processo de avaliação pela Banca Examinadora para
obtenção do Título de:

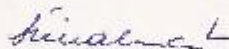
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 26 DE FEVEREIRO DE 2015, atendendo às normas da legislação vigente da
Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área
de Concentração: Filosofia e Ciências em Saúde e Enfermagem.



Dra. Vânia Marli Schubert Baekes
Coordenadora do Programa

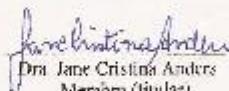
Banca Examinadora:



Dra. Lúcia Nazareth Amante
Presidente



Dra. Evangelina Ketzias Atherino dos Santos
Membro (titular)



Dra. Jane Cristina Anders
Membro (titular)



Dra. Daniela Couto Carvalho Barro
Membro (titular)

Dedico esta dissertação,
primeiramente, a Deus pelo presente
maravilhoso que é a vida. E a minha
família que sempre me ofereceu apoio
e esteve ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

*Primeiramente, gostaria de agradecer a **Deus** pela minha vida e por iluminar meu caminho nessa jornada. Permitindo, mesmo com muitas adversidades nesses dois longos e exaustivos anos, finalizar esse objetivo.*

*Aos meus **pais** pelo amor incondicional que sempre me ofereceram, pelo incentivo aos estudos e pela profissional que me tornei, graças ao apoio que sempre me deram. Essa vitória é nossa, amo vocês!*

*Aos meus irmãos, **Carlos Daniel** e **Filipe Rogério**, pela nossa união e amizade. É maravilhoso saber que posso contar sempre com vocês e que nunca estarei só.*

*Aos meus sobrinhos/afilhados, **Vinícius, Gabriel, Pietra, Matheus** e **Pedro**, pela alegria que trazem a minha vida. Amo vocês incondicionalmente e estarei sempre aqui para o que precisarem.*

*Ao meu esposo **Roberto** pelos nossos 13 anos de parceria, pelo apoio e por entender minha ausência quando era preciso.*

*Aos **colegas do mestrado** pelos trabalhos realizados juntos no primeiro ano, pelos momentos de descontração nos intervalos das aulas, pelas dicas na construção da dissertação e por dividirem as angústias e insegurança nessa jornada.*

*À **Universidade Federal de Santa Catarina** pelo ensino de qualidade que me proporcionou na graduação e agora no mestrado. Tenho muito orgulho de ser um profissional fruto dessa instituição.*

*Ao **Programa de Pós-Graduação em enfermagem** da UFSC e seu **corpo docente** pelo conhecimento e contribuições durante esse processo de aprendizagem.*

*Ao **GIATE** pelo acolhimento e todo aprendizado que me ofereceu nesses anos.*

*Aos **colegas da Clínica Médica III**, setor que iniciei minha trajetória profissional e que me trouxe, além do aprendizado técnico, o verdadeiro sentido do trabalho em equipe. As minhas amigas **Ana Paula, Andresa** e **Patrícia** presentes na minha vida na passagem por esse setor. Ao querido amigo **Newton** pelo incentivo e por acreditar no meu potencial, sem seu apoio e orientação no desenvolvimento do projeto de seleção do mestrado o caminho teria sido muito mais difícil.*

*A minha amiga **Caroline** pelo carinho e cumplicidade em mais de 20 anos de amizade. Você é minha inspiração acadêmica.*

Aos colegas do Centro Obstétrico, em especial, Eli, Olindina, Elenice, Julita e Bernadete que me receberam nesse novo setor e me fizeram parte dessa equipe unida, que a cada plantão me proporciona um grande aprendizado, além do carinho e companheirismo.

Aos funcionários da enfermagem da triagem obstétrica, centro obstétrico e Alojamento Conjunto, setores alvo do meu estudo, que me receberam com muita paciência e carinho e aceitaram participar da minha pesquisa.

A minha orientadora, Prof. Dra. Lúcia Nazareth Amante, pela compreensão e incentivo nos momentos mais difíceis, sem o seu carinho eu realmente não teria chegado até aqui.

As integrantes da banca de qualificação e de defesa, Sayonara, Odaléa, Evangelia, Jane, Daniela, Fernanda e Janeide, a minha gratidão por todas as contribuições, elas foram essenciais para o trabalho.

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o
que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o
que era antes.”*

(Marthin Luther King)

RESUMO

A cultura de segurança do paciente vem sendo um tema discutido mundialmente e considerado essencial para melhorar a segurança do paciente, pois permite identificar os pontos fracos e fortes da cultura de segurança e as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções. Este estudo objetivou avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem que atuam na triagem obstétrica, centro obstétrico e alojamento conjunto de um hospital de ensino no Sul do Brasil. Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa cuja coleta de dados foi realizada nos meses de agosto a outubro de 2014 com a aplicação do *Safety Attitudes Questionnaire - short form 2006*, que avalia a cultura de segurança do paciente através de seis dimensões e quatro itens independentes do questionário. Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados conforme as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo a aprovação pelo Comitê de Ética, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 32278814.0.0000.0118. Para análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial, com análise de variância e análise *post hoc*, comparação múltipla, com correção de Bonferroni para avaliar a correlação entre as variáveis. Participaram do estudo 70 profissionais de enfermagem, sendo que em relação ao gênero, o feminino apresentou o maior número de sujeitos com 64 (91,42%) e seis masculinos (8,57%). Quanto ao tempo de experiência profissional, a maior representatividade foi entre 10 e 20 anos de atuação na área de obstetrícia e de neonatologia, com 31 profissionais (44,2%), seguida pelo tempo de experiência de 21 ou mais anos, com 14 sujeitos (20%). Em relação à categoria profissional, foram 20 (28,57%) auxiliares de enfermagem, 14 (20%) enfermeiros, 34 (48,57%) técnicos de enfermagem e ainda dois (2,85%) profissionais que não declararam sua categoria. Os resultados desta dissertação foram apresentados em dois manuscritos. No primeiro manuscrito foi avaliada a cultura de segurança do paciente dos três setores-alvo do estudo pelos profissionais da enfermagem. E apresentou uma cultura frágil em todas as dimensões do *Safety Attitudes Questionnaire - short form 2006*. Os escores mais elevados estavam relacionados à *Satisfação no trabalho*, *Percepção do estresse* e *Clima de trabalho em equipe* e as dimensões com os menores escores foram *Condições de trabalho* e *Percepção da gerência da unidade e do*

hospital, além do item individual sobre comunicação. Houve diferenças significativas do resultado dos escores entre os três setores. O alojamento conjunto foi superior estatisticamente ao centro obstétrico nas dimensões *Satisfação no Trabalho* (valor $p=0,052$) e *Percepção do estresse* (valor $p=0,006$), além do item que dispõe sobre a comunicação (valor $p=0,047$). Com relação à dimensão, *Percepção da gerência da unidade e do hospital*, o alojamento conjunto (valor $p=0,003$) e a triagem obstétrica (valor $p=0,012$) foram estatisticamente superiores ao centro obstétrico. No segundo manuscrito foi avaliada a cultura de segurança do paciente pelas categorias profissionais que compõem a equipe de enfermagem (Auxiliar de enfermagem, enfermeiro e técnico de enfermagem). O escore mais elevado está relacionado à dimensão *Satisfação no trabalho*, e as dimensões com os menores escores são *Condições de trabalho* e *Percepção da gerência da unidade e do hospital*, além do item individual sobre comunicação. Com a aplicação do teste de análise de variância foi observado que não houve diferenças significativas do resultado dos escores entre as três categorias profissionais. **Conclusão:** os resultados revelaram uma cultura de segurança frágil que requer investimentos para melhorar sua cultura de segurança independente dos setores e das categorias.

Descritores: Segurança do Paciente; Cultura; Equipe de Enfermagem; Obstetria; Neonatologia.

ABSTRACT

The patient safety culture has been an issue discussed across the world and is considered essential to improve patient safety because it enables us to identify the weak and strong points of the safety culture and the most problematic areas, in order to plan and implement interventions. This study was aimed at assessing the patient safety culture under the viewpoint of nursing professionals who work in obstetric screening, obstetric center and rooming-in setting at a teaching hospital in the Brazilian South. This is a cross-sectional study, with quantitative nature, which data collection was held between the months of August and October 2014, with the application of the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006, which assesses the patient safety culture through six dimensions and four independent items of the questionnaire. The ethical aspects of research were respected pursuant to the requirements of the Resolution 466/2012 the National Health Council by obtaining approval by the Ethics Committee, under the Certificate of Presentation for Ethical Consideration n° 32278814.0.0000.0118. In order to analyze data, we used descriptive and inferential statistics, with variance analysis, *post hoc* analysis and multiple comparisons, with Bonferroni correction to assess the correlation between the variables. The study had the participation of 70 nursing professionals. With regard to gender, the female showed the greatest number of subjects, with 64 (91,42%), and the male was six (8,57%). As for the time of professional experience, the greater representativeness was between 10 and 20 years of action in the area of obstetrics and neonatology, with 31 professionals (44,2%), followed by the time of experience of 21 years or over, with 14 subjects (20%). Regarding the professional category, there were 20 (28,57%) nursing assistants, 14 (20%) nurses, 34 (48,57%) nursing technicians and also two (2,85%) professionals who did not report their category. The results of this dissertation were presented in two manuscripts. In the first manuscript, we assessed the patient safety culture from the three sectors taken up for study by nursing professionals. It has presented a fragile culture in all dimensions of the Safety Attitudes Questionnaire (Short Form 2006). The highest scores were related to *Satisfaction at work*, *Perception of stress* and *Climate of team work*, and the dimensions with the lowest scores were *Work conditions* and *Perception of the management of unit and of the hospital*, besides the individual item on

communication. There were significant differences of the result of the scores among the three sectors. The rooming-in setting was statistically superior to the obstetric center in the dimensions *Satisfaction at work* (p value=0,052) and *Perception of stress* (p value=0,006), besides the item that provides on communication (p value=0,047). Regarding the dimension *Perception of the management of unit and of the hospital*, the rooming-in setting (p value=0,003) and the obstetric screening (p value=0,012) were statistically superior to the obstetric center. In the second manuscript, we assessed the patient safety culture by means of the professional categories that compose the nursing team (Nursing assistant, nurse and nurse technician). The highest score is related to the dimension *Satisfaction at work*, and those with the lowest scores are: *Work conditions* and *Perception of the management of unit and of the hospital*, besides the individual item on communication. With the application of the test of variance analysis, we observed that there were no significant differences in the result of the scores among the three professional categories. **Conclusion:** The results have revealed a fragile safety culture that requires investments to improve its performance, regardless of sectors and categories.

Keywords: Patient Safety; Culture; Nursing Team; Obstetrics; Neonatology.

RESUMEN

La cultura de seguridad del paciente ha sido un tema discutido en todo el mundo y es considerado esencial para mejorar la seguridad del paciente, ya que identifica las fortalezas y debilidades de la cultura de la seguridad y las áreas más problemáticas para que podamos planificar e implementar intervenciones. Tuvo como objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de enfermería que trabajan en la detección de obstetricia, centro obstétrico y el alojamiento conjunto de un hospital universitario en el sur de Brasil. Se trata de un estudio trasversal de naturaleza cuantitativa cuya recolección fue realizada en los meses de agosto hasta octubre de 2014 con la aplicación del *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form*, que evalúa la cultura de seguridad del paciente a través de seis dimensiones y cuatro ítems independientes del cuestionario. Los aspectos éticos de la investigación fueron respetados conforme las exigencias de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, obteniendo la aprobación por el Comité de Ética, bajo el Certificado de Presentación para Apreciación Ética n° 32278814.0.0000.0118. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva e inferencial, con el análisis de variancia y el análisis *post hoc*, comparación múltiple, con corrección de Bonferroni para evaluar la correlación entre las variables. Participaron del estudio 70 profesionales de enfermería, siendo que en relación al género, el femenino tuvo el mayor número de sujetos con 64 (91,42%) y seis masculinos (8,57%). En cuanto al tiempo de experiencia profesional, la mayor representación fue entre los 10 y 20 años de actuación en obstetricia y neonatología, con 31 profesionales (44,2%), seguido por el tiempo de 21 o más años de experiencia, con 14 sujetos (20%). En lo que se refiere a la categoría profesional, fueron 20 (28,57%) auxiliares de enfermería, 14 (20%) enfermeros, 34 (48,57%) técnicos de enfermería y aún dos (2,85%) profesionales que no declararon su categoría. Los resultados de esta tesis fueron presentados en dos manuscritos. El primero manuscrito fue evaluada la cultura de seguridad del paciente de los tres sectores objetos del estudio por los profesionales de enfermería. Y presentó una cultura frágil en todas las dimensiones del *Safety Attitudes Questionnaire (Short Form 2006)*. Las puntuaciones más altas se relacionan con la *Satisfacción en el trabajo*, *Percepción del estrés* y *Clima de trabajo en equipo*, y las dimensiones con las puntuaciones más bajas fueron *Condiciones de trabajo* y

Percepción de gestión de la unidad y del hospital, además del ítem individual sobre la comunicación. Hubo diferencias significativas del resultado de las puntuaciones entre los tres sectores. El alojamiento conjunto fue superior estadísticamente al centro obstétrico en las dimensiones *Satisfacción en el trabajo* (p-valor = 0,052) y *Percepción del estrés* (valor de p = 0,006), además del ítem que disponen sobre la comunicación (p = 0,047). En relación a la dimensión, *Percepción de gestión de la unidad y del hospital*, el alojamiento conjunto (valor p = 0,003) y la detección obstétrica (valor p = 0,012) fueron estadísticamente superiores al centro de obstetricia. En segundo manuscrito fue evaluada la cultura de seguridad del paciente por las categorías profesionales que componen el equipo de enfermería (Auxiliar de enfermería, enfermero y técnico de enfermería). El resultado más elevado está relacionado a la dimensión Satisfacción en el trabajo, y las con las menores puntuaciones son: *Condiciones de trabajo* y *Percepción de la gestión de la unidad y del hospital*, además del ítem individual sobre comunicación. Con la aplicación del examen de análisis de variancia fue observado que no hubo diferencias significativas del resultado de las puntuaciones entre las tres categorías profesionales. Conclusión: los resultados revelaron una cultura de seguridad frágil que requiere investimentos para mejorar su cultura de seguridad independiente de los sectores y de las categorías.

Palabras clave: Seguridad del Paciente; Cultura; Equipo de Enfermería; Obstetricia; Neonatología.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo do Queijo Suíço de James Reason para os acidentes organizacionais..... 37

Figura 2 - Organograma da direção geral do HU/UFSC. Florianópolis, 2015..... 46

Figura 3 - Fluxograma de atendimento materno e neonatal na maternidade do HU/UFSC. Florianópolis, 2015. 47

Manuscrito 1

Figura 1 - Média das dimensões da cultura de segurança do paciente conforme o SAQ – *short form* 2006 a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem da TO, CO e AC de um hospital de ensino no sul do Brasil, 2014..... 666

Manuscrito 2

Figura 1 - Média das dimensões da cultura de segurança por categoria dos profissionais de enfermagem da TO, CO e AC de hospital de ensino no sul do Brasil, 2014..... 877

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões e definições do <i>Safety Attitudes Questionnaire - Short Form</i> , 2006. Florianópolis, 2015.	51
---	----

Manuscrito 1

Quadro 1 - Dimensões e definições do <i>Safety Attitudes Questionnaire - Short Form</i> , 2006.....	633
---	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de profissionais por setores e categorias profissionais. Florianópolis, 2015.	49
--	----

Manuscrito 1

Tabela 1 - Tempo de atuação na especialidade pelos profissionais de enfermagem da TO, CO e AC de um hospital de ensino no sul.	655
---	-----

Tabela 2 - Escore dos itens do SAQ – <i>short form 2006</i> que tratam da percepção da equipe de enfermagem da TO, CO e AC com relação aos enfermeiros, médicos e farmacêuticos e a comunicação de um hospital de ensino no sul do Brasil, 2014.....	677
--	-----

Tabela 3 - Resultado do teste ANOVA das seis dimensões e dos itens 33, 34, 35 e 36 do SAQ – <i>short form 2006</i> , avaliados pelos profissionais de enfermagem da TO, CO e AC de um hospital de ensino no sul do Brasil, 2014.	688
---	-----

Tabela 4 - Análise <i>post hoc</i> , comparação múltipla, com correção de Bonferroni, das dimensões do SAQ – <i>short form 2006</i> , avaliados pelos profissionais de enfermagem da TO, CO e AC de um hospital de ensino no sul do Brasil, 2014.....	70
---	----

Manuscrito 2

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem respondentes do SAQ – <i>short form 2006</i> que atuam na TO, CO e AC de um hospital de ensino no sul do Brasil, 2014.	855
--	-----

Tabela 2 - Medidas resumo dos itens 33, 34, 35 e 36 do SAQ – <i>short form 2006</i> por categoria dos profissionais de enfermagem da TO, CO e AC de um hospital de ensino no sul do Brasil, 2014.....	899
---	-----

Tabela 3 - Teste ANOVA das dimensões e dos itens 33 ao 36 por categoria de profissionais da enfermagem da TO, CO e AC de um hospital de ensino no sul do Brasil, 2014.	911
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AHRQ	Agency for Health care Research and Quality
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CIAM	Central de Incentivo ao Aleitamento Materno
CISP	Classificação Internacional para a Segurança do Paciente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CO	Centro Obstétrico
COSE	Comitê de Segurança do Paciente
EA	Evento adverso
EUA	Estados Unidos da América
GIATE	Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
HU	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago
IHI	Institute of Healthcare Improvement
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Commission International</i>
MaPSCAT	<i>Manchester Patient Safety Culture Assessment Tool</i>
MS	Ministério da Saúde
NPSA	Agência Nacional para a Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
QL	Qualitativas
QT	Quantitativas
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

RN	Recém-nascido
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SEPAESC	Polo de Segurança do Paciente de Santa Catarina
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJC	<i>The Joint Commission</i>
TO	Triagem Obstétrica
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
2 OBJETIVO	33
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	35
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE	35
3.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	39
3.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	42
4 MÉTODO.....	45
4.1 TIPO DO ESTUDO	45
4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO	45
4.3 INFORMANTES DA PESQUISA.....	48
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	49
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	50
4.5.1 Variável Qualitativa (QL)	50
4.5.2 Variável Quantitativa (QT).....	50
4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	50
4.7 COLETA DE DADOS.....	52
4.8 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	52
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	55
5.1 MANUSCRITO 1 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE A PARTIR DA AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UMA TRIAGEM OBSTÉTRICA, CENTRO OBSTÉTRICO E ALOJAMENTO CONJUNTO	57
5.2 MANUSCRITO 2 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DAS DIFERENTES CATEGORIAS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM.....	79

6 CONSIDERAÇÕES FINAS.....	97
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	111
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES SEGURAS .	115
ANEXO A – SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SHORT FORM 2006)	121
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO SAQ	123
ANEXO C – SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SHORT FORM 2006) TRADUZIDO E VALIDADO	125
ANEXO D: AUTORIZAÇÃO DO SAQ TRADUZIDO E VALIDADO.....	127
ANEXO E: INSTRUÇÃO NORMATIVA 10/PEN/2011.....	129
ANEXO F: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	131

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um tema que vem sendo ampla e mundialmente discutido nas últimas décadas, mas não se trata de uma preocupação recente, já que, na Grécia antiga, Hipócrates, o Pai da Medicina, preocupava-se com o tema ressaltando que *Primum non nocere*, ou seja, em primeiro lugar, não causar dano (LOEFLE, 2002). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o construto *segurança do paciente* significa reduzir o risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009) e pode ser entendido como o conjunto de estrutura e processos organizacionais que diminuem as probabilidades de ocorrerem os eventos adversos (EA) como consequência do cuidado à saúde (ALVARADO, 2011).

A segurança do paciente a partir do final do século XX tornou-se uma das preocupações globais na área da saúde. Para Silva (2010), o movimento em prol da segurança teve início após a publicação do relatório do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA). De acordo com Gomes (2008), o relatório, chamado de *To err is human: building a safer healthcare system*¹, atentava para a limitação inerente à atividade humana, mas não justificava a imobilidade que vinha acontecendo diante dos erros que podem ser prevenidos.

O cuidado à saúde é caracterizado como uma complexa e dinâmica atividade realizada por seres humanos para seres humanos cujo desenvolvimento não foi acompanhado de investimentos para tornar o sistema de saúde seguro (PEDREIRA, 2009). Observa-se que os ambientes de cuidado à saúde ainda favorecem a ocorrência de erros, tratando-se de um tema que necessita de estudos contínuos para o desenvolvimento de estratégias para o cuidado seguro.

O relatório do IOM dos EUA, *To err is human: building a safer health system*, afirma que por volta de 44.000 a 98.000 americanos morreram, em 1997, devido a problemas causados por erros médicos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999). Neste mesmo relatório, foi apresentado estudo com 51 hospitais no estado de Nova York, o qual apresentava um índice de EA de 3,7% durante a hospitalização, trazendo

¹ KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press; 1999.

como consequência danos para os pacientes, tais como a hospitalização prolongada ou incapacidade no momento da alta ou ambos.

Segundo dados da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009), milhões de pessoas no mundo sofrem lesões desabilitantes e mortes decorrentes de práticas em saúde inseguras, estimando que de dez pacientes um seja vítima de erro. Na tentativa de reduzir essa estimativa, a OMS adotou o tema *Segurança do paciente* como prioridade na agenda de políticas dos seus países membros a partir do ano de 2000 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

No Brasil, em 2008, foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) por grupos de enfermeiros para o desenvolvimento de articulação e de cooperação entre instituições de saúde e educação objetivando fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade. Essa rede foi difundida por meio dos seus polos estaduais e municipais cujo papel é o de divulgar os conceitos de segurança do paciente da OMS e de outras instituições, incentivar a criação e a participação de enfermeiros em comitês de segurança do paciente e instituir, nos locais de trabalho, atitudes e iniciativas, com base científica, que diminuam os riscos e garantam a segurança do paciente, reconhecendo que os riscos são inerentes a qualquer processo de trabalho (CASSIANI, 2000).

O Polo de Segurança do Paciente de Santa Catarina (SEPAESC) foi criado no ano subsequente com o objetivo de promover a cultura da segurança do paciente em Santa Catarina mediante pesquisa, cursos de extensão, oficinas, seminários, eventos e fóruns de experiências; desenvolver pesquisas nacionais e internacionais; promover estratégias e desenvolver ações para medida e melhoria de processos nos ambientes de cuidado em saúde (indicadores de segurança, protocolos de cuidado, entre outros); e potencializar a integração das Tecnologias de Informação e Comunicação e da Telenfermagem para o desenvolvimento de ações de segurança do paciente e da cultura da segurança (SEPAESC, 2009).

No contexto da segurança do paciente, os EA são descritos como as complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base, são descritas como EA e podem resultar em danos ao paciente, gerando um comprometimento da estrutura ou função do corpo, com algum efeito nocivo, como doença, lesão, incapacidade ou morte (GALLOTTI, 2004; CARNEIRO et al, 2011; BRASIL, 2013a) Além dos danos físicos ao paciente, Souza (2006) destaca outras implicações relacionadas à ocorrência do EA, como a perda de confiança dos pacientes nas

organizações de saúde e em seus profissionais; aumento dos custos sociais e econômicos; e ainda a redução da possibilidade de alcançar os resultados desejados.

Quando se procura uma assistência à saúde, o que mais se deseja é ser atendido de forma segura para que a saúde possa ser reestabelecida de forma eficiente, sem que outros problemas sejam gerados decorrentes desse cuidado. Portanto, buscamos um cuidado seguro, que é entendido como aquele prestado aos pacientes com a intenção de alcançar resultados favoráveis, evitando provocar lesões causadas pelo próprio processo de cuidado (IOM, 2001). Segundo Gomes (2008), é relevante que os profissionais de saúde estejam cada vez mais vigilantes e preparados para os potenciais riscos e situações de vulnerabilidade nas quais o paciente esteja exposto durante os procedimentos de saúde e que se envolvam com as questões da segurança, uma vez que são essenciais para certificar o cuidado seguro.

Diversas são as profissões que atuam dentro do ambiente hospitalar e estão ligadas direta ou indiretamente ao cuidado ao paciente, sendo que os seus profissionais devem trabalhar de forma conjunta objetivando a prevenção de erros. A Enfermagem é uma das profissões que mais se destaca, visto que permanece diuturnamente e é responsável por grande parte dos procedimentos realizados aos pacientes durante a hospitalização.

Segundo Mello (2011), a equipe de enfermagem vivencia e percebe frequentemente situações de risco ao paciente, constituindo subsídio para o gerenciamento do cuidado de enfermagem em relação à segurança do paciente. Compreender a magnitude do problema da segurança e os fatores que levam à ocorrência de erros é essencial para se conceber soluções eficazes e eficientes para os diferentes contextos e ambientes, buscando a construção de sistemas de saúde mais seguros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A cultura de segurança do paciente pode mobilizar esforços para melhoria de aspectos considerados frágeis e deve envolver ações para reforçar situações que demonstraram ser favoráveis. Isso justifica o crescente interesse pela avaliação da cultura de segurança nas organizações de saúde em paralelo com o crescente foco na melhoria da cultura de segurança (MELLO, 2011).

O termo cultura de segurança é definido pela *Health and Safety Commission* (HSC, 1993) como um conjunto de comportamentos, atitudes, percepções, crenças e valores de profissionais de uma organização de saúde que oportuniza também a identificação e o aprendizado a partir dos erros, determinando o empenho, o

compromisso, o estilo e a competência da administração dessa organização (HSC, 1993). Segundo Reis, Laguardia e Martins (2012, p.2199), “a cultura de segurança tem recebido crescente atenção no campo das organizações de saúde”. Porém modificar a cultura de culpar os profissionais pelos erros para uma cultura em que os erros não sejam tratados como falhas, mas como oportunidades para melhorar o sistema e prevenir danos, é um desafio para tornar o sistema de saúde seguro (IOM, 2001). Os sistemas de saúde devem afastar a culpa e a vergonha, pois elas impedem o reconhecimento de erros e qualquer possibilidade de aprender com eles para desenvolver uma cultura de segurança positiva que reconheça a inevitabilidade do fracasso, buscando assim identificar as ameaças (NIEVA; SORRA, 2003).

Para Nieva e Sorra (2003), mensurar a cultura de segurança é fornecer um conhecimento básico das percepções relativas à segurança e atitudes dos profissionais. A mensuração pode ser usada para realizar o diagnóstico da cultura de segurança e conscientizar os profissionais acerca do tema; avaliar as intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento ao longo do tempo; comparar com dados internos e externos à organização; e verificar o cumprimento de necessidades regulatórias (SORRA; NIEVA, 2004).

Avaliar a cultura de segurança também permite identificar e gerir prospectivamente questões relevantes de segurança nas rotinas e condições de trabalho; acessar informações dos profissionais sobre suas percepções e comportamentos relacionados à segurança; identificar pontos fracos e fortes da cultura de segurança e as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Para realizar essa mensuração existem instrumentos específicos que por meio da psicometria são capazes de avaliar a cultura de segurança. Destacamos alguns instrumentos como: *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (SEXTON; THOMAS, 2003), o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (SORRA; NIEVA, 2004) e ainda o *Manchester Patient Safety Culture Assessment Tool* (MaPSCAT) (LAW, 2010).

O instrumento de escolha para este estudo foi o SAQ, versão *short form* 2006, por já ter sido traduzido e validado para o português em uma tese de doutorado (CARVALHO, 2011). Este instrumento avalia as atitudes relevantes para a segurança do paciente através de seis dimensões: percepções de gestão, clima do trabalho em equipe, reconhecimento de estresse, clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho (SEXTON et al., 2006).

O interesse em trabalhar com a cultura da segurança do paciente surgiu durante a minha trajetória acadêmica e profissional, quando foi possível observar que os erros que aconteciam ao longo da realização da assistência de enfermagem eram encobertos pela equipe de enfermagem ou os envolvidos recebiam algum tipo de punição quando estes eram revelados. Além disso, não era oportunizado aos profissionais um aprendizado com o desenvolvimento de estratégias de prevenção para aquele erro.

Atualmente, desenvolvo minhas atividades profissionais em um centro obstétrico e constatei, por meio de uma busca em bases de dados, o número reduzido de estudos voltados para a cultura de segurança do paciente na área obstétrica e neonatal, o que fomentou meu interesse em pesquisar sobre o tema nessa área.

No Brasil, a taxa de mortalidade materna é três vezes superior à considerada aceitável pela OMS, e seis vezes superior à considerada ideal, o que faz com que uma mulher tenha 50 vezes mais probabilidade de morrer por problemas maternos no Brasil do que em um país desenvolvido (TRAVERZIM; NOVARETTI, 2014). Segundo os autores Costa et al. (2002), há décadas já se dispõe de conhecimento e dos meios necessários para remover o risco relacionado à concepção, de forma que nenhuma mulher deveria morrer por complicações associadas à gravidez, parto e puerpério. Trata-se de uma área com algumas especificidades, na qual os gestores das instituições de saúde e dos serviços obstétricos precisam se apropriar do arcabouço teórico conceitual da qualidade em saúde e da segurança do paciente; incorporar métodos para conhecer e monitorar sua realidade; implementar práticas que previnam incidentes; capacitar as equipes de saúde e criar um ambiente voltado para a melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente (REIS, 2014).

Nesse sentido, o estudo da cultura de segurança poderá identificar as fragilidades que favorecem a ocorrência de erros e EA e contribuir com o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000) e com a mais recente portaria que instituiu a Rede Cegonha (BRASIL, 2011) que visa à assistência obstétrica e neonatal segura com desfecho favorável para o binômio mãe-filho.

Para fortalecer e ampliar o estudo da cultura de segurança em ambientes de prestação de serviços em saúde, este estudo foi realizado nos setores: triagem obstétrica (TO), centro obstétrico (CO) e alojamento conjunto (AC) da maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Nos últimos anos, esta instituição busca

estratégias que corroborem para a segurança do paciente com a implementação de ações que facilitam a identificação do paciente, a prevenção de úlceras por pressão e de quedas, o controle de infecção, a prescrição eletrônica, entre outras. Além da recente criação do Comitê de Segurança do Paciente (COSEP) que tem como objetivo identificar os problemas e especificidades da segurança na instituição, através de uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, propondo a partir daí ações de melhoria contínua (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2015).

Na mesma instituição, estudos que avaliaram a cultura de segurança do paciente foram desenvolvidos no Centro Cirúrgico (DA CORREGGIO, 2012), Clínicas Cirúrgicas (MARINHO, 2012), Emergência adulto (FIDELIS, 2011), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal (TOMAZONI, 2013) e UTI Adulto (MELLO, 2011). Dentre os instrumentos de avaliação da cultura de segurança do paciente, o SAQ foi o mais utilizado, exceto na UTI adulto e neonatal, onde foi aplicado o HSOPSC. Os resultados destas pesquisas mostraram que na maioria das dimensões avaliadas obteve-se escore abaixo do que se pode considerar uma cultura de segurança positiva. Observa-se que dos cinco estudos, apenas um foi realizado na área neonatal, havendo uma lacuna na obstetrícia e neonatologia da instituição sobre a avaliação da cultura de segurança pelos profissionais de enfermagem.

Diante de todas as iniciativas governamentais no âmbito da segurança do paciente, o interesse da instituição sobre o tema, minha experiência na prática e ainda a participação no Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE), que tem dentre suas linhas de pesquisa a segurança do paciente, é possível observar a relevância de se realizar a avaliação da cultura de segurança da equipe de enfermagem da área obstétrica e neonatal.

Assim, este estudo teve o propósito de responder à seguinte questão norteadora: **Qual é a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem que atuam na triagem obstétrica, centro obstétrico e alojamento conjunto de um hospital de ensino a partir do *Safety Attitudes Questionnaire - short form 2006*?**

2 OBJETIVO

Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem que atuam na triagem obstétrica, centro obstétrico e alojamento conjunto de um hospital de ensino no Sul do Brasil.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será apresentada a revisão narrativa da literatura que fundamentou esta pesquisa e subsidiou as discussões e análises dos resultados obtidos. O capítulo é composto pelos seguintes tópicos:

- Segurança do paciente;
- Cultura da segurança do paciente;
- Instrumentos de avaliação da cultura de segurança.

Para a revisão narrativa da literatura, realizou-se buscas eletrônicas de artigos publicados entre os anos de 2008 e 2014, nas bases de dados, a saber: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Scholar, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO). Utilizou-se os seguintes descritores: segurança do paciente, *patient safety*; cultura de segurança, *safety culture*; equipe de enfermagem, *nursing team*; obstetrícia, *obstetrics*; neonatologia, *neonatology*; segurança obstétrica, *obstetric safety*. Também foram consultados bancos de teses e dissertações e livros com abordagem na temática segurança do paciente, cultura de segurança.

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é um tema mundial que vem sendo resgatado em diversos países (KOWIATEK et al, 2004). Porém não se trata de uma temática recente, Florence Nightingale, no século IX, já alertava para as questões de segurança dos pacientes, ao dizer que o primeiro dever de um hospital é não causar mal ao paciente (NIGHTINGALE, 1863). Pioneira na Enfermagem em segurança do paciente, quando na guerra da Crimeia de 1853 a 1856 conseguiu reduzir a mortalidade dos soldados com a implementação de práticas que melhoraram a higiene, a dieta, os cuidados e as condições sanitárias (NIGHTINGALE, 1860).

Para compreender melhor a segurança do paciente é importante conhecer alguns termos utilizados dentro dessa temática. A OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION , 2009) desenvolveu com um grupo de especialistas um marco conceitual para uma Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP) visando padronizar conceitos relacionados à segurança do paciente. A CISP ainda não é considerada uma classificação internacional, mas é estimulada a sua utilização pela OMS para que possa ser adotado um termo comum entre

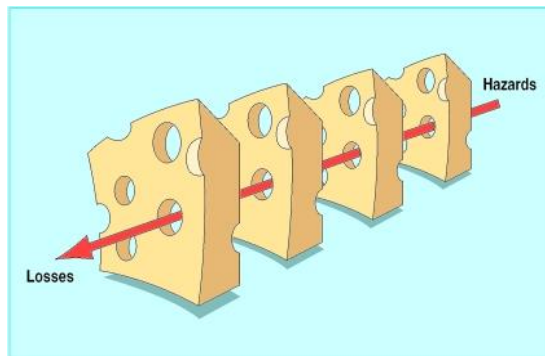
países com diferenças linguísticas e culturais. Foram apresentados 48 conceitos-chave, dos quais se destaca para este estudo os seguintes conceitos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009, p. 22-24):

1. **Danos:** deterioração da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito. Podendo causar doenças, lesões, sofrimento, incapacidade e até a morte;
2. **Erro:** não realização de uma ação planejada ou aplicação de um plano incorreto;
3. **Evento:** algo que acontece com ou envolve um paciente;
4. **Incapacidade:** qualquer tipo de comprometimento da estrutura ou função do corpo, limitação de atividade e/ou restrição de vida social, ligado a um dano passado ou presente;
5. **Incidente de Segurança do Paciente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em danos desnecessários ao paciente;
6. **Incidente com dano (evento adverso):** um incidente que resultou em danos a um paciente;
7. **Incidente sem dano:** um incidente atingiu o paciente, mas não resultou em nenhum dano perceptível;
8. **Quase erro:** um incidente que não atingiu o paciente;
9. **Risco:** probabilidade de que um incidente ocorra.

Diversas são as estratégias que podem ser implantadas para que efetivamente seja desenvolvido um cuidado seguro no ambiente hospitalar, promovendo condições que auxiliem na minimização e prevenção dos erros e EA. Esses eventos podem estar relacionados com diversos fatores contribuintes, como deficiência na formação dos profissionais, sobrecarga de trabalho, inexperiência, negligência, imperícia, imprudência, desatenção, sistema de medicação ineficiente, desatualização quanto aos avanços tecnológicos e científicos, entre outros.

O Modelo do Queijo Suíço proposto por James Reason, psicólogo britânico, ilustra a multifatorialidade dos erros. As fatias são comparadas com as barreiras e proteções de um sistema e as perfurações são as falhas que ocorrem na barreira. E quando os furos se alinham permite que o erro ocorra, pois as barreiras não foram eficientes para evitar o erro. Como é possível observar na Figura 1.

Figura 1 - Modelo do Queijo Suíço de James Reason para os acidentes organizacionais



Fonte: REASON (2000, p.769).

As defesas, barreiras e proteções são estratégicas para o bom funcionamento da segurança. Os sistemas com alta tecnologia têm muitos níveis de defesa: algumas são desenvolvidas pela engenharia (alarmes, barreiras físicas, dispositivos de desativação automática etc.), outras têm repercussões nos humanos (cirurgiões, anestesiistas, pilotos, operadores de salas de controle etc.) e seus comportamentos, e outras dependem de procedimentos e ferramentas administrativas (REASON, 2000).

Reason (2010) afirma que os buracos ocorrem pela combinação de dois fatores: falhas ativas e condições latentes. As falhas ativas são os atos inseguros cometidos pelas pessoas que se encontram em contato direto com o sistema e referem-se a descuidos, esquecimentos, erros, deslizamentos e violação de procedimentos. E as condições latentes são os inevitáveis no sistema que são provocados pelas decisões dos responsáveis pelos projetos, construtores, produtores de procedimentos e gestores de topo. As condições latentes têm dois tipos de efeitos adversos: podem traduzir-se em condições que provocam o erro no local de trabalho ou podem provocar os buracos por muito tempo ou fraquezas nas barreiras. Ao contrário das falhas ativas, as condições latentes podem ser identificadas e remediadas antes que um evento adverso ocorra. Pois não é possível mudar a condição humana, mas podemos mudar as condições em que os seres humanos trabalham investindo em barreiras que promovam a segurança do paciente.

A segurança do paciente, segundo *The Joint Commission* (2008), exige uma abordagem compreensiva e multifacetada para identificar e

gerenciar riscos potenciais e atuais nos serviços de saúde, assim como a descoberta de soluções eficientes e permanentes de longo prazo para o sistema de saúde. O mesmo autor afirma que para melhorar ao que diz respeito à segurança é necessário o esforço de um complexo sistema, envolvendo um conjunto de ações para o aprimoramento do gerenciamento de risco e da segurança ambiental, incluindo controle de infecção, segurança no uso de medicamentos, segurança de equipamentos, prática clínica segura e ambiente seguro de cuidado.

Com a publicação do relatório *To Err Is Human: building a safer health system* em 2000, tornou-se um marco na literatura internacional sobre o tema segurança do paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999). O que resultou com o lançamento em 2004 da *World Alliance for Patient Safety* afim de conscientizar e conquistar o compromisso político, lançando recomendações para garantir a segurança do paciente mundialmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Outras organizações também merecem destaque, como a *Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations* (JCAHO), hoje chamada de *The Joint Commission* (TJC) e a *Joint Commission International* (JCI), que são empresas de acreditação de qualidade e segurança hospitalar (TJC; JCI, 2008). Pode-se citar ainda o *Institute of Health care Improvement* (IHI) pela *Campanha 5 Milhões de Vidas* (IHI, 2006) e a *Agency for Health care Research and Quality* (AHRQ), designada pelo governo americano como a agência federal responsável pela educação e pesquisa em segurança do paciente, dentre muitas outras organizações que surgiram no EUA e no mundo com propostas de mudança para uma assistência de saúde mais segura (AHRQ, 2011).

No Brasil, a primeira iniciativa para a segurança do paciente foi a atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com a criação em 2001 do Projeto Hospitais Sentinela. O projeto busca identificar e notificar os eventos relacionados à farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância dentro dos hospitais (ANVISA, 2004). Em 2007, foi promovida a oficina *Segurança do paciente: um desafio global*, pela Agência Nacional de Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o que gerou debates e sugestões sobre as questões relevantes acerca do tema, sendo que uma das questões discutidas foi a administração segura de medicamentos injetáveis (BRASIL, 2007).

E em abril do ano 2013, através Portaria N° 529, o MS instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), tendo como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em

todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

3.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é um movimento em expansão, proporcionado por políticas governamentais e desenvolvimento de novos saberes, nas quais é dada ênfase na cultura de segurança como um dos principais determinantes na assistência em saúde segura (MELLO, 2011). Diversos programas mundiais e brasileiros que visam à segurança do paciente utilizam a cultura de segurança do paciente como estratégia para alcançar seus objetivos.

Segundo o *Ministerio de sanidad y consumo* (2005), a *National Patient Safety Agency* (NPSA), pertencente ao Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, elaborou um documento *La Seguridad del Paciente en siete pasos*, no qual descreveu as etapas que as organizações de saúde deverão abordar para melhorar a segurança. De acordo com o mesmo autor, a primeira etapa proposta é a construção de uma cultura de segurança em que os profissionais tenham a capacidade de reconhecer os erros e aprender com eles para poder melhorar o cuidado. Os demais passos do documento são: liderar e dar apoio à equipe; integrar as atividades de gestão de risco; incentivar notificação; envolver os pacientes e o público; aprender e compartilhar; e implementar soluções para prevenir os danos (*Ministerio de sanidad y consumo*, 2005).

No Brasil, uma das estratégias para a implementação do PNSP está fundamentada na promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com destaque em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2013a). Segundo Brasil (2013b), o PNSP está fundamentado em quatro eixos nos quais a cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa todos esses eixos que são: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema.

A abordagem comum nas instituições e os esforços tradicionais para a redução dos erros enfocam os indivíduos, mais frequentemente os profissionais da enfermagem por estarem ligados diretamente no cuidado ao paciente. Não são raras as práticas da punição, suspensão e

demissão, ou seja, a culpa recai no indivíduo que cometeu ou que não percebeu um erro já iniciado (CASSIANI, 2000). No caso da ocorrência de um erro na medicação, por exemplo, o indivíduo raramente é a única causa. Desse modo, deve-se mudar a cultura dos erros para que estes não sejam vistos como falhas humanas, mas como uma oportunidade de melhorar o sistema existente (BERWICK et al, 1994; LEAPE, 1994).

O estabelecimento de uma cultura de segurança positiva é fundamental para a segurança do paciente, o *Institute for Safe Medication Practices* e a NPSA consideram ser este o primeiro passo de um plano estratégico para a criação de um programa bem sucedido de segurança do paciente em uma organização (RELIHAN; SILKE; RYDER, 2012). No momento em que a instituição procurar saber *quais* e o *porquê* da ocorrência dos EA, e não mais o *quem* foi o responsável por eles, ela contará com a colaboração dos profissionais para diagnosticar as falhas que possam estar ocorrendo na assistência. Sabemos que o medo de ações disciplinares e punitivas compromete a decisão do profissional ou da equipe quanto a documentá-lo ou não, portanto, os gerentes de serviços devem mudar sua cultura e promover mudanças no ambiente de trabalho, de modo que a punição não seja a prática em execução e o indivíduo não seja o foco principal de correção (CASSIANI, 1998, 2000).

A cultura de segurança traz benefícios que impactam positivamente no funcionamento da organização, alcançando uma melhora contínua da qualidade, a partir da análise dos erros. Por isso, é necessária uma conduta aberta e imparcial que permita compartilhar a informação de maneira franca e justa ao profissional que se encontra diante do EA (ALVARADO, 2011).

No Brasil, estudos vêm sendo desenvolvidos referentes à cultura de segurança do paciente fazendo o uso de instrumentos que mensuram essa cultura em diferentes ambientes assistenciais avaliando aspectos como o clima de segurança do local; o trabalho em equipe; a satisfação do trabalho; a percepção do profissional quanto à gerência; a frequência de erros; comunicação entre os profissionais; entre outros, dependendo do instrumento utilizado.

Em Santa Catarina, destacam-se algumas produções realizadas pelo programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Hoch, Vilamil e Martins (2010) evidenciaram em seu estudo que a cultura da segurança da equipe de Enfermagem em um centro obstétrico apresentou riscos com a sobrecarga de trabalho, erro cometido por profissional e escassez de profissionais para atender a demanda. Estressores, tais como falhas na comunicação, baixa interação entre o

profissional médico e enfermeiro e o cansaço físico também foram identificados no estudo. Por outro lado, apesar dos riscos identificados se mostra consciente de sua responsabilidade no cuidado ao binômio mãe/filho.

Paese (2010) trabalhou com profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família e os resultados revelam que as atitudes de segurança (Condições de Trabalho, Cultura da Segurança do Paciente, Comunicação e Gerência do Centro de Saúde) foram as que se destacaram para a Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. A atitude de segurança considerada de maior importância foi a Segurança do Paciente, por outro lado, a variável com menor relevância para essas categorias foi a atitude Erro, levando a refletir que os profissionais não identificam o erro como uma atitude para a cultura da segurança do paciente.

Fidelis (2011) analisou a cultura de segurança em unidade de emergência adulto e dentre as dimensões avaliadas a “Satisfação no trabalho” e o “Reconhecimento do estresse” foram as mais positivas por ambas as categorias profissionais da enfermagem envolvidas no estudo. E a dimensão “Percepção da gerência” foi a que recebeu o escore mais baixo, pois os sujeitos não se sentem suficientemente apoiados pelos gestores do hospital, acreditando que a administração compromete de certa maneira a segurança dos pacientes.

Mello (2011) fez essa análise em duas UTIs adulto e os resultados do presente estudo revelaram uma cultura de segurança frágil em que a maioria das dimensões avaliadas não apresentaram resultados consistentes com uma cultura de segurança positiva. Apenas duas das 12 dimensões, trabalho em equipe e expectativas do supervisor/gerente, tiveram percepções favoráveis a uma cultura positiva no estudo. E ainda, a maioria dos profissionais percebe que a administração, além de não propiciar um clima de trabalho que favoreça a segurança, não demonstra interesse, nem iniciativas que a promovam.

Marinho (2012) avaliou a cultura em unidades de internação cirúrgica que demonstrou fragilidades nas seis dimensões avaliadas: clima de trabalho da equipe; satisfação no trabalho; percepção do profissional quanto à gerência da unidade; clima de segurança; condições de trabalho e reconhecimento do stress. Destacou-se negativamente entre as dimensões o trabalho da gestão hospitalar e as condições de trabalho. Além de evidenciar a dificuldade na comunicação e no trabalho em equipe.

E Da Correggio (2012) apresentou em seu estudo médias inferiores a 75 nas dimensões avaliadas, evidenciando uma cultura

frágil. Os funcionários não se sentem seguros em seu ambiente de trabalho, embora alguns profissionais apresentassem condutas positivas para a segurança do paciente.

O estudo de Tomazoni (2013) realizado em quatro UTIs neonatais constatou que a segurança do paciente é uma questão delicada, indicando que fatores culturais precisam ser repensados, pois ainda persiste a cultura nesses ambientes, na qual os erros são julgados como incompetência profissional. O estudo destacou o dimensionamento inadequado de profissionais em relação à quantidade de trabalho e ainda segundo os profissionais a gestão hospitalar não prioriza a segurança do paciente e não proporciona um clima de trabalho que motive a promoção da segurança do paciente. Os fatores positivos encontrados foram a intenção dos supervisores e chefias destas unidades em priorizar a segurança, as características que apontam os esforços para aprender e buscar soluções quando os erros são comunicados.

3.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Entende-se que para transformar uma cultura é preciso primeiro entendê-la (NIEVA; SORRA, 2003). As organizações devem analisar e avaliar a cultura da segurança ao nível de cada departamento e unidade, bem como ao nível organizacional, buscando revelar as áreas de cultura com necessidade de melhorar e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente e de avaliar a efetividade das intervenções de segurança ao longo do tempo, estabelecendo metas internas e externas (HOCH; VILAMIL; MARTINS, 2010).

Para que se conheça a cultura de segurança, existem diferentes instrumentos que podem ser aplicados buscando diagnosticar a cultura de segurança de uma organização, identificando as oportunidades de melhoria, conscientizando em relação à segurança e assim melhorando a segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003).

Os instrumentos utilizados para a avaliação da cultura de segurança são conhecidos como instrumentos de avaliação psicométrica. A psicometria representa a teoria e a técnica de se medir os processos mentais, aplicada especialmente na área da psicologia e educação. Fundamentada na teoria da medida em ciências em geral, ou seja, um método quantitativo, que possibilita representar o conhecimento da natureza com maior precisão do que a utilização da linguagem comum

para descrever a observação dos fenômenos naturais (PASQUALI, 2009).

Segundo Mello (2011), a avaliação quantitativa da cultura de segurança da assistência em saúde por meio de questionários tem sido amplamente realizada. Dentre os questionários desenvolvidos, destacamos o SAQ (SEXTON; THOMAS, 2003), o HSOPSC (SORRA; NIEVA, 2004) e ainda o MaPSCAT (LAW, 2010).

O HSOPSC foi criado pela AHRQ nos EUA. Esse instrumento pode ser utilizado em todas as unidades hospitalares e avalia a cultura de segurança em 12 dimensões: trabalho em equipe dentro das unidades; expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente; apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; aprendizado organizacional/melhoria contínua; percepção geral de segurança do paciente; *feedback* e comunicação a respeito dos erros; abertura para comunicação; frequência de erros relatados; trabalho em equipe no hospital; pessoal; transferências internas e passagens de plantão e respostas não punitivas aos erros. (SORRA; NIEVA, 2004). Este instrumento foi aplicado em países como Holanda, Reino Unido, Bélgica, Dinamarca, Noruega e no Brasil.

O MaPSCAT, segundo Law (2010), foi desenvolvido na Universidade de Manchester, Reino Unido, baseado em um modelo teórico através de extensas revisões de literatura e análises de especialistas. O instrumento realiza a análise de 10 dimensões: melhoria contínua; prioridade dada à segurança; erros de sistema e de responsabilidade individual; incidentes de repetição; incidentes de avaliação; aprendizagem e mudança; comunicação; gestão de pessoal; educação continuada e trabalho em equipe. Este instrumento já foi utilizado no Reino Unido e no Canadá (LAW, 2010).

O SAQ é um instrumento de pesquisa psicométrica, criado em 2003, por pesquisadores do Centro de Excelência em Segurança do paciente, da Universidade do Texas, Eric Thomas, John B. Sexton e Robert L. Helmreich (SEXTON; THOMAS, 2003). Seu desenvolvimento foi baseado a partir de duas escalas, o *Intensive care unit management attitudes questionnaire* e o *flight management attitudes questionnaire*, muito utilizado na aviação comercial e adaptado para uso em UTIs, Centro Cirúrgico, Ambulatório e outros (SEXTON et al, 2006). Os mesmos autores referem que para cada versão possuem pequenas modificações para refletir a área clínica, avaliando sempre seis dimensões: clima de trabalho da equipe; satisfação no trabalho; percepção do profissional quanto à gerência da unidade; clima de segurança; condições de trabalho e reconhecimento do stress. O SAQ foi

considerado pelo *Joint Commission* (JCR, 2007) como a ferramenta de melhor escolha para avaliar a cultura de segurança e o mais utilizado em todo mundo. O instrumento já foi traduzido em mais de sete idiomas, utilizado em 1300 hospitais nos Estados Unidos, Reino Unido, Suíça, Alemanha, Noruega, Suécia, Espanha, Portugal, Itália, Turquia, Nova Zelândia (DEILKAS; HOFLOSS, 2008).

O instrumento selecionado para utilizar no estudo foi o SAQ - *short form* 2006. Trata-se de uma versão genérica, reduzida, que avalia o clima de segurança. Carvalho (2011) em sua tese de doutorado realizou a adaptação transcultural dessa versão do questionário para o português. A adaptação considerou o SAQ – *short form* 2006, válido e confiável para ser aplicado no Brasil. Portanto, será utilizado no presente estudo esse instrumento traduzido e adaptado.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa. Os estudos transversais realizam a coleta de dados em um determinado ponto temporal, tornando-se apropriado para descrever o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011). Estudos quantitativos estão mais alinhados com a tradição positivista que envolve um conjunto de procedimentos sistemáticos ordenados usados para adquirir informações e normalmente resultam em números a partir de algum tipo de medição formal que posteriormente serão analisados estatisticamente (POLIT; BECK, 2011).

4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

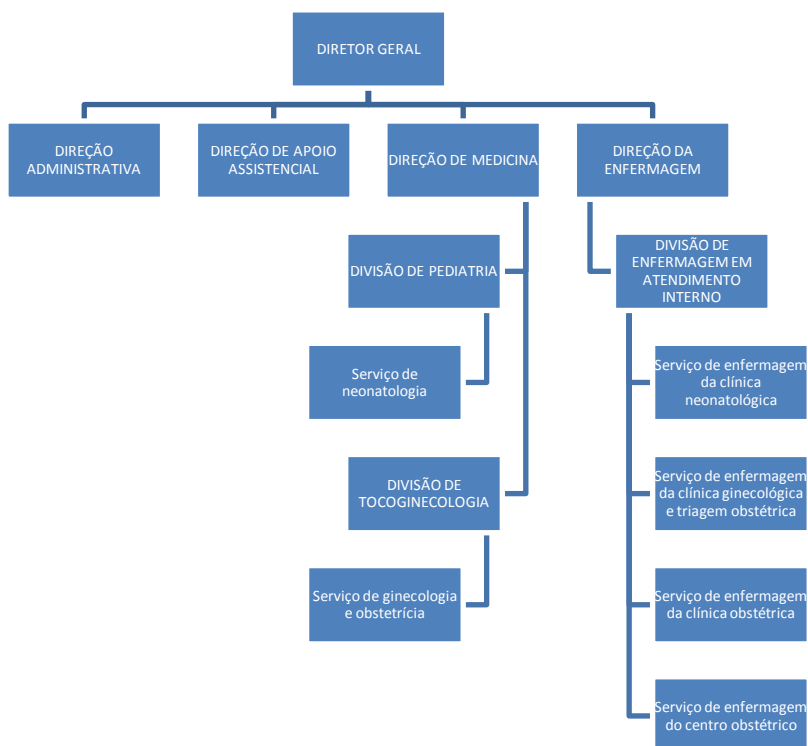
O estudo foi realizado no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU), instituição integrante da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), vinculado ao Ministério da Educação e localizado no Campus Universitário da Trindade, em Florianópolis, Santa Catarina. É considerado um hospital de grande porte, de nível terciário de complexidade e que realiza o atendimento à saúde totalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A construção do HU/UFSC iniciou em 1964, mas somente em 1980 foi inaugurado, contando apenas com leitos de clínica médica e de clínica pediátrica e seus respectivos ambulatorios. Posteriormente, ativaram o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI Adulto. Finalmente, em outubro de 1995, a Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia foram implantados após longo período de preparação de Recursos Humanos, equipamentos e técnicas de intervenção buscando alcançar elevados índices de modernização técnica e humanização do atendimento. Atualmente, a Maternidade do HU já é reconhecida nacionalmente como Centro de Excelência em assistência obstétrica e destaca-se pela sua assistência humanizada, seu reconhecimento como Hospital Amigo da Criança e pelo Programa Capital Criança atuar na instituição (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2014a).

No HU/UFSC, apesar de oferecer atendimento obstétrico e neonatal, não possui dentro do organograma da instituição uma divisão administrativa específica da Maternidade, como é possível visualizar no

organograma apresentado na Figura 2. Encontra-se apenas dentro da direção de medicina e de enfermagem os setores que fazem parte do serviço da maternidade, organizados de acordo com as suas divisões.

Figura 2 - Organograma da direção geral do HU/UFSC. Florianópolis, 2015.



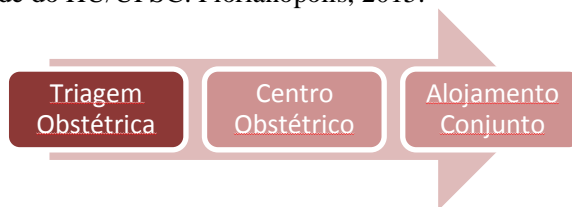
Fonte: Batista, 2015. Adaptação de Hospital Universitário (2014b).

A maternidade do HU/UFSC, dentro de sua estrutura, oferece os serviços de ambulatório de tocoginecologia, triagem obstétrica (TO), centro obstétrico (CO), clínica obstétrica, central de incentivo ao aleitamento materno (CIAM) e UTI neonatal. A clínica obstétrica refere-se ao local direcionado para os cuidados de gestantes de alto risco e principalmente ao binômio mãe-filho, no entanto o setor dentro da instituição é conhecido como Alojamento conjunto. Em agosto de 1993, com a Portaria N° 1016 (BRASIL, 1993), ficou estabelecida a

implantação do sistema de Alojamento Conjunto definido como um sistema hospitalar em que o Recém-Nascido (RN) sadio, após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia no mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Sua filosofia está fundamentada na interdisciplinaridade e humanização da assistência através de 12 princípios que dizem respeito a aspectos gerais da assistência, a integração entre profissionais e os serviços e ainda sobre os direitos dos usuários (MONTICELLI; et al, 2010).

O estudo foi desenvolvido em setores da maternidade do HU/UFSC a fim de avaliar a cultura de segurança, sob a ótica dos profissionais de enfermagem que assistem a mulher do momento que chega à maternidade para ter seu filho até sua alta. Os setores são apresentados no fluxograma abaixo.

Figura 3 - Fluxograma de atendimento materno e neonatal na maternidade do HU/UFSC. Florianópolis, 2015.



Fonte: Batista, 2015.

A TO está localizada no segundo andar do HU/UFSC, no mesmo espaço físico da Clínica Ginecológica, portanto a equipe de enfermagem se organiza de forma a atender os dois locais. É nesse setor onde ocorre a primeira avaliação da gestante e do feto ao chegarem ao serviço. O local possui uma sala para realização da triagem pela enfermagem, dois consultórios para uso da medicina, uma sala para medicação e observação. O setor possui uma equipe de enfermagem composta por 10 enfermeiros, seis técnicos de enfermagem e oito auxiliares de enfermagem.

Após a gestante passar pela TO e ser avaliada, seu próximo destino será o CO, onde permanecerá durante o trabalho de parto, parto e o período de Greenberg juntamente com o RN. O CO possui uma estrutura física com quatro leitos de pré-parto; dois banheiros, uma sala com dois leitos, sendo um de observação e outro para realização de ultrassonografia (USG); quatro leitos de recuperação pós-anestésica utilizada para o período de Greemberg ou recuperação de anestesia por

procedimento cirúrgico, e quatro berços aquecidos destinados aos recém-nascidos; duas salas para parto normal horizontal ou vertical; uma sala cirúrgica para cesarianas, curetagens e outros procedimentos; uma sala de atendimento para o RN; um posto de enfermagem; salas para guarda de material estéril e de consumo; quartos para repouso médico e de enfermagem; dois expurgos; uma sala da chefia; uma copa e ainda dois vestiários. Sua equipe de enfermagem é composta por nove enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem e 11 auxiliares de enfermagem. O número de atendimento diário varia de acordo com a demanda dos pacientes, já que se trata de um serviço de emergência. No ano de 2015, no CO 1.962, pacientes receberam atendimento, foram 1.881 nascimentos e diversos procedimentos ginecológicos, entre eles, curetagens, histerectomia, laparotomia, dentre outros.

O AC é o último local que a mulher, agora puérpera, será encaminhada nesse processo do nascimento juntamente com seu RN. Atualmente, o setor está passando por reformas e por esse motivo foi provisoriamente instalado em uma unidade que anteriormente comportava uma clínica médica localizada no terceiro andar do HU/UFSC. Desse modo, algumas salas foram readaptadas para a necessidade do setor. Hoje, o setor possui 16 leitos de puerpério e quatro para gestantes de alto risco que necessitem de internação, um posto de enfermagem, uma sala de medicação, uma sala de banho do RN, uma sala de avaliação do RN, uma sala da chefia, um expurgo, uma rouparia, uma sala de equipamento, uma sala de lanche e ainda um quarto de repouso da equipe de enfermagem. Ainda possui um quarto com quatro leitos, onde funciona o hotelzinho, local no qual os familiares de RN pré-termos internados na UTI Neonatal podem permanecer para estarem mais próximos de seus bebês, embora esteja anexo ao AC, esse quarto não é de responsabilidade do setor. A equipe de enfermagem possui oito enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem e oito auxiliares de enfermagem. No ano de 2015, o AC obteve um total de 2.305 pacientes internadas.

4.3 INFORMANTES DA PESQUISA

A população do estudo foi constituída por profissionais de Enfermagem, incluindo auxiliares de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, que exercem suas atividades profissionais nos seguintes setores da maternidade do HU/UFSC: TO, CO e AC,

totalizando 99 profissionais, sendo 27 enfermeiros, 45 técnicos de enfermagem e 27 auxiliares de enfermagem.

Dos 99 profissionais de enfermagem, 16 estavam de licença maternidade, licença para tratamento de saúde ou férias, sendo que 83 aceitaram participar do estudo. Assim, foram entregues 83 instrumentos de pesquisa, dos quais 13 não foram devolvidos. Dessa forma, participaram 70 profissionais de enfermagem que representaram 84,33% do total dos que aceitaram participar do estudo. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos profissionais de enfermagem, que participaram do estudo, por setores e categorias profissionais.

Tabela 1 - Distribuição de profissionais por setores e categorias profissionais. Florianópolis, 2015.

Categorias Profissionais	CO N(%)	TO N (%)	AC N (%)	Total N (%)
Técnicos de enfermagem	19 (27,14%)	6 (8,57%)	9 (12,85%)	34 (48,57%)
Auxiliares de enfermagem	8 (11,42%)	6 (8,57%)	6 (8,57%)	20 (28,57%)
Enfermeiros	4 (5,71%)	5 (7,17%)	5 (7,17%)	14 (20%)
Não revelou a categoria	2 (2,85%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,85%)
Total	33 (47,14%)	17 (24,28%)	20 (28,57%)	70 (100%)

Fonte: Resultado do próprio trabalho, 2015.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão foram considerados os profissionais da equipe de enfermagem, sendo auxiliares de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, com o tempo de atuação de no mínimo seis meses na TO, no CO e no AC, por entender que com menos de seis meses de atuação no local pesquisado o profissional pode ainda não estar adaptado com as rotinas do setor e não ter desenvolvido uma relação com os demais profissionais.

E como critérios de exclusão os profissionais afastados do trabalho no período de coleta de dados por motivos de licença maternidade, licença para tratamento de saúde, licença sem vencimento, liberação para cursos de longa duração e férias.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As principais variáveis definidas para o estudo são as variáveis qualitativas nominais, numéricas e quantitativas para os dados sociodemográficos dos participantes e variáveis relacionadas às atitudes de segurança.

4.5.1 Variável Qualitativa (QL)

- a) Clima do trabalho em equipe: é a qualidade percebida de colaboração entre a equipe de trabalho (SEXTON; THOMAS, 2003);
- b) Clima de segurança: é a percepção dos profissionais sobre a dinâmica organizacional voltada para a segurança (SEXTON; THOMAS, 2003);
- c) Satisfação no trabalho: é a satisfação e positividade sobre a experiência do trabalho (SEXTON; THOMAS, 2003);
- d) Reconhecimento do estresse: é o reconhecimento dos profissionais de como o desempenho é influenciado pelo estresse (SEXTON; THOMAS, 2003);
- e) Percepções da gestão: é a aprovação pelos profissionais do trabalho exercido pela gestão hospitalar (SEXTON; THOMAS, 2003);
- f) Condições de trabalho: é a qualidade percebida pelos profissionais do ambiente de trabalho e apoio logístico (SEXTON; THOMAS, 2003);
- g) Gênero: no estudo será caracterizado como homem e mulher;
- h) Categoria profissional: função profissional exercida na unidade, categorizada como auxiliar de enfermagem, enfermeiro e técnico de enfermagem.

4.5.2 Variável Quantitativa (QT)

- a) Tempo na especialidade: é o período em que o profissional exerce suas funções nessa área.

4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados deu-se por meio da aplicação do questionário SAQ - *Short Form 2006* (Anexo A), com a autorização para sua utilização por parte de um dos autores do instrumento (Anexo B) e pela autora que traduziu e validou o questionário para o português (Anexo D). O SAQ é um instrumento de pesquisa psicométrico que avalia as

atitudes do cuidador relevantes para a segurança do paciente através de seis dimensões: percepções de gestão, clima de trabalho em equipe, reconhecimento de estresse, clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho (SEXTON et al., 2006).

O instrumento é dividido em duas partes, a primeira possui 41 itens que deverão ser respondidos usando uma escala Likert de cinco pontos (discordo fortemente, discordo, neutro, concordo e concordo fortemente). A segunda parte coleta os dados sociodemográficos dos profissionais (gênero, categoria profissional e tempo de atuação).

O Quadro 1 a seguir apresenta as seis dimensões com suas definições e exemplos.

Quadro 1 - Dimensões e definições do *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form, 2006*. Florianópolis, 2015.

Dimensão	Definição	Exemplos
Clima de trabalho em equipe Item 1 a 6	É a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os profissionais.	Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.
Clima de segurança Item 7 a 13	É a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente.	Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.
Satisfação no trabalho Item 15 a 19	É a visão positiva do local de trabalho.	Eu gosto do meu trabalho.
Percepção do estresse Item 20 a 23	É o reconhecimento de como os fatores estressores influenciam no desempenho do trabalho.	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.
Percepção da gerência da unidade e do hospital Item 24 a 29	É a aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança.	A administração está fazendo um bom trabalho.
Condições de trabalho Item 30 a 32	É a percepção da qualidade do ambiente de trabalho (pessoas, equipamentos etc.).	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.

Fonte: Sexton et al., 2006.

Os itens 14 e de 33 a 36 do instrumento não fazem parte de nenhuma dimensão segundo Sexton et al (2006). No entanto, após a tradução e validação do instrumento para o português, o item 14 foi realocado na dimensão Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital e assim será considerado no estudo (CARVALHO, 2011). Os itens 33, 34 e 35, que correspondem à percepção dos profissionais quanto à colaboração com enfermeiros, médicos e farmacêuticos, e o item 36, sobre falhas na comunicação que causam atrasos no atendimento, não foram realocados em nenhuma dimensão e foram, portanto, analisados de forma independente.

4.7 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada nos meses de agosto a outubro de 2014, na TO, CO e AC do HU/UFSC. Antes da entrada em campo foi realizado um contato com a chefia (ou seu substituto) para apresentar o projeto de pesquisa, além de solicitar a autorização para colocação de uma urna em local estratégico e de fácil acesso no setor. Posteriormente foi dado início à coleta, sendo o convite para a participação realizado individualmente após autorização do enfermeiro assistencial responsável pela equipe do seu horário.

A abordagem foi realizada durante o turno e local de trabalho do profissional, que após aceitar participar do estudo foi orientado sobre o mesmo, seus riscos e benefícios e a necessidade da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Em seguida, duas vias do TCLE foram entregues ao profissional que precisou assinar, sendo que uma via permaneceu com ele e a outra retornou à pesquisadora. Após o recebimento do TCLE assinado foi fornecido ao profissional um envelope pardo, sem identificação e com uma fita dupla face na sua abertura, contendo o instrumento de coleta de dados, SAQ - *Short form*, 2006 (Apêndice C). Preenchido o instrumento, o profissional o recolocou no envelope, lacrou com a fita e depositou na urna. Esta urna permaneceu lacrada apenas com uma abertura para a entrega dos envelopes, que foram recolhidos semanalmente pela pesquisadora.

4.8 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a organização dos dados coletados foi realizada a transcrição dos questionários para uma base de dados utilizando o *software*

Microsoft Excel[®]. Em seguida, as respostas em escala Likert foram recodificadas para que fosse possível avaliar os escores de cada dimensão, sendo que para a conversão em uma escala de 0 a 100 pontos, os valores são considerados positivos quando o escore é maior ou igual a 75 segundo Sexton, et al (2006). Assim, os escores assumem os seguintes valores: discordo fortemente: 0, discordo levemente: 25, neutro: 50, concordo levemente: 75 e concordo fortemente: 100. Perguntas negativas foram consideradas de escore reverso, assim quanto menor o escore, mais positiva a atitude, por exemplo, quando uma questão é respondida discordo totalmente é traduzida como concordo fortemente e assim é feito com os demais itens. Os itens 2, 11 e 36 são considerados escores reversos.

Para finalizar o valor dos escores, as respostas de cada item das dimensões foram somadas e divididas pelo número de itens da escala. Por exemplo, na dimensão clima de trabalho possui seis itens, se um profissional responder aos itens concordo fortemente, concordo levemente, discordo levemente, neutro, concordo levemente e neutro, o valor do escore é $(100+75+25+50+75+50) = 375/6 = 62,5$.

Após o levantamento dos valores dos escores no processamento e análise dos dados, empregou-se a estatística descritiva, com cálculo de médias, e estatística inferencial. O nível de significância adotado foi de 5% e utilizado o *software* estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) (IBM, 2010) para realizar a Análise de Variância (ANOVA) com análise Pos Hoc, comparação múltipla, com correção de Bonferroni.

A estatística descritiva foi realizada para sumarizar a informação de um conjunto de dados. Quanto à estatística inferencial foi utilizada para verificar o padrão de associação entre as variáveis (NASSAR; WRONSCKI; OHIRA et al., 2011). A ANOVA é um procedimento paramétrico usado para testar as diferenças das médias de grupos de três ou mais grupos. Ela decompõe a variabilidade total de uma variável dependente em variabilidade atribuível à variável independente e variabilidade que se deve a outras fontes (POLIT; BECK, 2011).

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo fundamenta-se nos preceitos éticos determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012) que dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos utilizando os referenciais da bioética, tais como autonomia, não

maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Respeitaram-se as exigências da Resolução do CNS 466/2012 para resguardar a integridade física, psicológica, social e moral dos seres humanos que participam como voluntários de uma pesquisa. Esta resolução estipula o que é pesquisa, protocolo de pesquisa, pesquisador responsável, instituição de pesquisa, promotor, patrocinador, risco, dano e sujeito da pesquisa, dentre várias outras definições. Discorre também acerca do consentimento livre e esclarecido, estabelecendo a necessidade de que o protocolo de pesquisa apresente TCLE (Apêndice A), que será utilizado na investigação.

O TCLE (Apêndice A) é um documento que esclarece o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar (BRASIL, 2012). Logo, todos os sujeitos da pesquisa foram orientados acerca de sua liberdade de participar ou não do estudo, de seu direito de desistir a qualquer hora sem prejuízo algum para si e do anonimato em sua participação.

O estudo teve início somente após sua aprovação pela Direção Geral do HU/UFSC e após ser submetido à Plataforma Brasil, que o encaminhou para ser analisado pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado de Santa Catarina, tendo sua aprovação em 14 de agosto de 2014, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 32278814.0.0000.0118 (ANEXO F).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo é composto por dois manuscritos conforme a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011(anexo E) que dispõe sobre o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Os dois manuscritos são referentes à análise dos dados obtidos através do Questionário de Atitudes de Segurança aplicado a auxiliares de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam na TO, CO e AC de um Hospital Universitário no Sul do Brasil. Eles visam responder ao objetivo do estudo, ou seja, avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem.

O primeiro manuscrito está intitulado como “Cultura de segurança do paciente a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem de uma triagem obstétrica, centro obstétrico e Alojamento Conjunto” e o segundo manuscrito intitulado em “Cultura de segurança do paciente na perspectiva das diferentes categorias profissionais da Enfermagem”.

5.1 MANUSCRITO 1 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE A PARTIR DA AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UMA TRIAGEM OB²STÉTICA, CENTRO OBSTÉTRICO E ALOJAMENTO CONJUNTO²

Ana Cláudia de Oliveira Batista³

Lucia de Nazareth Amante⁴

Resumo: Objetivo: Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem que atuam na triagem obstétrica, centro obstétrico e alojamento conjunto de um hospital de ensino no Sul do Brasil a partir do *Safety Attitudes Questionnaire - Short form 2006*. **Metodologia:** Estudo transversal de natureza quantitativa, realizado com 70 profissionais de enfermagem e aprovado pelo Comitê de Ética, sob nº o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 32278814.0.0000.0118. Para análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** O escore mais elevado está relacionado à dimensão *Satisfação no trabalho*. As dimensões com os menores escores foram: *Condições de trabalho* e *Percepção da gerência da unidade e do hospital*, além do item individual sobre comunicação. Houve diferenças significativas do resultado dos escores entre os setores. O alojamento conjunto foi superior estatisticamente ao centro obstétrico na dimensão *Satisfação no Trabalho* (valor $p=0,052$) e

² Manuscrito apresenta resultados parciais da dissertação de mestrado intitulada “Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais da enfermagem obstétrica e neonatal” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil.

³ Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: anacobatista@gmail.com.

⁴ Enfermeira. Doutora. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC. Professora do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem/UFSC e professora colaboradora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSC. Coordenadora do Grupo de Apoio a Pessoa Ostomizada (GAO). Membro do GIATE e da COSEP/HU/UFSC. E-mail: lucia.amante@ufsc.br

Percepção do estresse (valor $p=0,006$), além do item que dispõe sobre a comunicação (valor $p=0,047$). Na dimensão *Percepção da gerência da unidade e do hospital*, o alojamento conjunto (valor $p=0,003$) e a triagem obstétrica (valor $p=0,012$) foram superiores ao centro obstétrico.

Conclusão: Os resultados revelaram uma cultura de segurança do paciente frágil nas unidades estudadas, que requer investimentos para sua melhoria.

Descritores: Segurança do Paciente; Cultura; Equipe de Enfermagem; Obstetrícia; Neonatologia.

Abstract: Objective: To assess the patient safety culture under the viewpoint of nursing professionals who work in obstetric screening, obstetric center and rooming-in setting at a teaching hospital in the Brazilian South from the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006. **Methodology:** This is a cross-sectional study with quantitative, held with 70 nursing professionals and approved by the Ethics Committee, under the Certificate of Presentation for Ethical Consideration nº 32278814.0.0000.0118. In order to analyze data, we used descriptive and inferential statistics. **Results:** The highest score is related to the dimension *Satisfaction at work*. The dimensions with the lowest scores were: *Work conditions* and *Perception of the management of unit and of the hospital*, besides the individual item on communication. There were significant differences of the result of the scores among the sectors. The rooming-in setting was statistically superior to the obstetric center in the dimensions *Satisfaction at work* (p value= $0,052$) and *Perception of stress* (p value= $0,006$), besides the item that provides on communication (p value= $0,047$). In the dimension *Perception of the management of unit and of the hospital*, the rooming-in setting (p value= $0,003$) and the obstetric screening (p value= $0,012$) were statistically superior to the obstetric center. **Conclusion:** The results have revealed a fragile safety culture in the surveyed units, which requires investments to improve them.

Keywords: Patient Safety; Culture; Nursing Team; Obstetrics; Neonatology.

INTRODUÇÃO

O cuidado à saúde é caracterizado como uma complexa e dinâmica atividade realizada por seres humanos para seres humanos, porém o seu desenvolvimento não foi acompanhado de investimentos para tornar o sistema de saúde seguro. E, apesar do desenvolvimento

tecnológico e científico que a área da saúde obteve com o passar dos anos, o ambiente hospitalar expõe os pacientes a riscos que podem desencadear uma sucessão de erros e eventos adversos (EA). Na área obstétrica e neonatal não é diferente, confirmado pelo elevado número de morbimortalidade materna e neonatal associadas ao parto.

No que se refere à assistência materna, no Brasil, a taxa de mortalidade materna é três vezes superior à considerada aceitável pela OMS e seis vezes superior à considerada ideal, o que faz com que uma mulher tenha 50 vezes mais probabilidade de morrer por problemas maternos no Brasil do que em um país desenvolvido (TRAVERZIM; NOVARETTI, 2014). Segundo os autores Costa et al (2002), há décadas já se dispõe de conhecimento e dos meios necessários para remover o risco relacionado à concepção, de forma que nenhuma mulher deveria morrer por complicações associadas à gravidez, parto e puerpério.

Atualmente, os estudos na área obstétrica e neonatal estão voltados, principalmente, para a humanização no parto e nascimento enfocando o empoderamento da mulher no parto, a presença do acompanhante, os cuidados ao recém-nascido, as discussões sobre intervenções no parto, como o uso de ocitocina, analgesia, aleitamento materno, cesariana, entre outros (DORNFELD, 2011; NUNES; SILVA, 2012). Estes estudos contribuem para a segurança, embasando com conhecimento teórico a prática da enfermagem em obstetrícia e neonatologia, porém estudos que avaliem a segurança sobre a perspectiva de profissionais de enfermagem ainda são escassos nessa área.

No contexto da segurança do paciente, Mello e Barbosa (2013) afirmaram que a equipe de enfermagem vivencia e percebe frequentemente situações de risco ao paciente, constituindo subsídio para o gerenciamento do cuidado em relação à segurança do paciente.

O termo cultura de segurança é definido pela *Health and Safety Commission* (HSC, 1993) como um conjunto de comportamentos, atitudes, percepções, crenças e valores de profissionais de uma organização de saúde que oportuniza também a identificação e o aprendizado a partir dos erros, determinando o empenho, o compromisso, o estilo e a competência da administração dessa organização (HSC, 1993).

Nesse sentido, a cultura de segurança traz benefícios que impactam positivamente no funcionamento da organização, alcançando uma melhora contínua da qualidade, a partir da análise dos erros. Por isso, é necessária uma conduta aberta e imparcial que permita

compartilhar a informação de maneira franca e justa ao profissional que se encontra diante do evento adverso (EA) (ALVARADO, 2011).

Avaliar a cultura de segurança permite identificar e gerir prospectivamente as rotinas e condições de trabalho; acessar informações dos profissionais sobre suas percepções e comportamentos relacionados à segurança; identificar pontos fracos e fortes da cultura de segurança e as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Para avaliar a cultura de segurança existem instrumentos específicos que por meio da psicometria são capazes de avaliar a cultura de segurança, tais como *Safety Attitudes Questionnaire* (SEXTON, THOMAS, 2003), o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (SORRA; NIEVA, 2004) e ainda o *Manchester Patient Safety Culture Assessment Tool* (LAW, 2010). O instrumento de escolha para o estudo foi o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), versão *short form* 2006, versão genérica e reduzida, que avalia as atitudes relevantes para a segurança do paciente através de seis dimensões: percepções de gestão, clima de trabalho em equipe, reconhecimento de estresse, clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho (SEXTON et al., 2006). Carvalho (2011) em sua tese de doutorado realizou a adaptação transcultural dessa versão do questionário para o português, sendo considerada válida e confiável sua aplicação no Brasil e foi esta versão utilizada no estudo.

Em um hospital de ensino no sul do país, o cuidado de enfermagem para a mulher no pré – parto, parto e pós - parto é realizado em áreas específicas, quais sejam: triagem obstétrica (TO), centro obstétrico (CO) e alojamento conjunto (AC). Desde o início de suas atividades, em outubro de 1995, não houve um estudo sobre a cultura de segurança, embora já tenham sido realizados estudos em outros locais deste hospital, entre eles, Centro Cirúrgico (DA CORREGGIO, 2012), Clínicas Cirúrgicas (MARINHO, 2012), Emergência adulto (FIDELIS, 2011), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal (TOMAZONI, 2013) e UTI Adulto (MELLO, 2011).

Nesse sentido, o estudo da cultura de segurança poderá identificar as fragilidades que favorecem a ocorrência de erros e EA e contribuir com o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000) e com a mais recente portaria que instituiu a Rede Cegonha (BRASIL, 2011) visando à assistência obstétrica e neonatal segura com desfecho favorável para o binômio mãe - filho.

Diante disso, apresenta-se como pergunta de pesquisa: **Qual a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de**

enfermagem que atuam na triagem obstétrica, centro obstétrico e alojamento conjunto de um hospital de ensino a partir do *Safety Attitudes Questionnaire - short form 2006*?

Tendo como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem que atuam na triagem obstétrica, centro obstétrico e alojamento conjunto de um hospital de ensino no sul do Brasil.

METODOLOGIA

Estudo transversal de natureza quantitativa, realizado nos setores de TO, do CO e do AC da maternidade de um hospital de ensino no Sul do Brasil, de agosto a outubro de 2014.

Nesses locais trabalham 99 profissionais, sendo que 27 são enfermeiros, 45 técnicos de enfermagem e 27 auxiliares de enfermagem. Destes, 16 estavam afastados do serviço, sendo que 83 aceitaram participar do estudo. Assim foram entregues 83 instrumentos de pesquisa, dos quais 13 não foram devolvidos. Dessa forma, participaram 70 profissionais de enfermagem que representaram 84,33% do total da população.

A coleta de dados deu-se por meio da aplicação do questionário SAQ - *Short Form 2006*, dividido em duas partes, sendo que a primeira possui 41 itens cujas respostas estão organizadas em uma escala Likert de cinco pontos (discordo fortemente, discordo, neutro, concordo e concordo fortemente). A segunda parte coleta os dados sociodemográficos dos profissionais (gênero, categoria profissional, tempo de atuação e unidade de atuação).

Para realizar a análise e avaliação dos escores de cada dimensão foi necessário contabilizar os pontos convertidos da escala de Likert, sendo que para a conversão em uma escala de 0 a 100 pontos, os valores são considerados positivos quando o escore é maior ou igual a 75 segundo Sexton et al (2006). Assim, os escores assumem os seguintes valores: discordo fortemente: 0, discordo levemente: 25, neutro: 50, concordo levemente: 75 e concordo fortemente: 100. Perguntas negativas são consideradas de escore reverso, logo, quanto menor o escore, mais positiva a atitude, por exemplo, quando uma questão é respondida discordo totalmente é traduzida como concordo totalmente e assim é feito com os demais itens. Os itens 2, 11 e 36 são considerados escores reversos.

E para finalizar as respostas de cada item das dimensões, as respostas foram somadas e divididas pelo número de itens da escala (SEXTON et al, 2006). O Quadro 1 apresenta as seis dimensões com suas definições e exemplos.

Quadro 1 - Dimensões e definições do *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006*

Dimensão	Definição	Exemplos
D1 - Clima de trabalho em equipe Itens 1 a 6	É a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os profissionais.	Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.
D2 - Clima de segurança Itens 7 a 13	É a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente.	Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.
D3 - Satisfação no trabalho Itens 15 a 19	É a visão positiva do local de trabalho.	Eu gosto do meu trabalho.
D4 - Percepção do estresse Itens 20 a 23	É o reconhecimento de como os fatores estressores influenciam no desempenho do trabalho.	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.
D5 - Percepção da gerência da unidade e do hospital Itens 24 a 29	É a aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança.	A administração está fazendo um bom trabalho.
D6 - Condições de trabalho Itens 30 a 32	É percepção da qualidade do ambiente de trabalho.	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.

Fonte: adaptado de Sexton et al., 2006.

Os itens 14 e 33 a 36 do instrumento não fazem parte de nenhuma dimensão segundo Sexton et al (2006). No entanto, após a tradução e validação do instrumento para o português, o item 14 foi realocado na dimensão Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital e assim foi considerado no estudo (CARVALHO, 2011). Os itens 33, 34 e 35, que correspondem à percepção dos profissionais quanto à colaboração com enfermeiros, médicos e farmacêuticos, e o item 36, que se refere às

falhas na comunicação que causam atrasos no atendimento não foram realocados em nenhuma dimensão e foram, portanto, analisados de forma independente.

O estudo fundamentou-se nos preceitos éticos determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e teve início após ser aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado de Santa Catarina, em 14 de agosto de 2014, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 32278814.0.0000.0118.

A abordagem foi realizada com os profissionais de enfermagem durante o turno e local de trabalho do profissional e de forma individual, depois da prévia autorização do enfermeiro assistencial responsável pela equipe do horário. Após aceitar participar do estudo, o profissional foi orientado sobre a necessidade da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), este em duas vias, sendo que uma via permaneceu com ele e a outra retornou à pesquisadora. Após o recebimento do TCLE assinado, foi fornecido ao profissional um envelope pardo, sem identificação e com uma fita dupla face na sua abertura, contendo o questionário *Safety Attitudes Questionnaire - Short form 2006*. Preenchido o instrumento, o profissional o recolocou no envelope, lacrou com a fita e depositou na urna. Esta urna permaneceu lacrada apenas com uma abertura para a entrega dos envelopes e manteve-se em um local predeterminado em cada setor de fácil acesso e localização. Semanalmente, os questionários foram recolhidos pela pesquisadora.

As respostas dos questionários foram transcritas para uma base de dados utilizando o *software Microsoft Excel*[®], no qual as respostas em escala Likert foram recodificadas para que fosse possível mensurar os escores de cada dimensão. Após o levantamento dos valores dos escores no processamento e análise dos dados, empregou-se a estatística descritiva, com cálculo de médias, e estatística inferencial. O nível de significância adotado foi de 5% e utilizado o *software* estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) (IBM, 2010) para realizar a Análise de Variância (ANOVA) com análise Pos Hoc, comparação múltipla, com correção de Bonferroni.

RESULTADOS

A categoria profissional com maior representatividade foi a dos técnicos de enfermagem com 34 profissionais (48,57%), seguida pelos auxiliares com 20 (28,57%), enfermeiros com 14 (20%) e dois sujeitos (2,85%) não informaram a sua categoria. Relacionado ao gênero, o

feminino correspondeu a 64 sujeitos (91,42%) e o masculino a seis (8,57%).

A Tabela 1 mostra o tempo de experiência que possuem na especialidade em que atuam os profissionais da enfermagem da TO, do CO e do AC. O maior tempo de experiência de trabalho na área foi de 10 a 20 anos para 31 profissionais (44,2%) e de 21 ou mais anos para 14 (20%) do total.

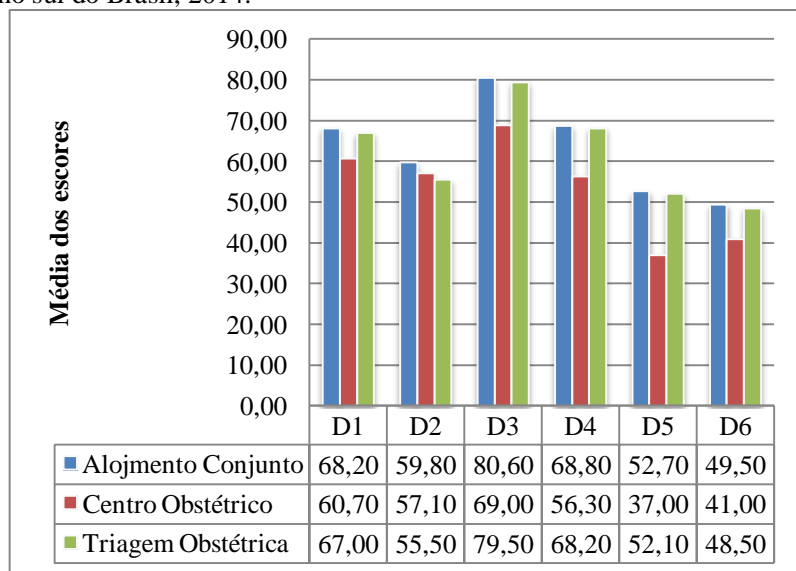
Tabela 1 - Tempo de atuação na especialidade pelos profissionais de enfermagem da TO, CO e AC de um hospital de ensino no sul.

Tempo de atuação	Triagem Obstétrica	Centro Obstétrico	Alojamento Conjunto	Total (%)
6 a 11 meses	0	1	1	2 (2,8%)
1 a 2 anos	2	2	1	5 (7,1%)
3 a 4 anos	1	5	2	8 (11,4%)
5 a 10 anos	2	5	2	9 (12,8%)
10 a 20 anos	8	14	9	31 (44,2%)
21 anos ou mais	4	5	5	14 (20%)
Branco	0	1	0	1 (1,4%)

Fonte: Resultado do próprio trabalho, 2015.

Com relação às dimensões da cultura de segurança segundo o SAQ, a Figura 1 apresenta os escores de cada uma das seis dimensões, destacando as médias encontradas na TO, CO e AC.

Figura 1 - Média das dimensões da cultura de segurança do paciente conforme o SAQ – *short form 2006* a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem da TO, CO e AC de um hospital de ensino no sul do Brasil, 2014.



Fonte: Resultado do próprio trabalho.

Legenda: D1 (Clima de trabalho em equipe); D2 (Clima de segurança); D3 (satisfação no trabalho); D4 (Percepção do estresse); D5 (Percepção da gerência da unidade e do hospital); D6 (Condições de trabalho).

As dimensões com escore maior que 60 foram *satisfação no trabalho* (D3); *percepção do estresse* (D4); e *clima de trabalho em equipe* (D1); com escore entre 50 e 60 ficaram as dimensões *clima de segurança* (D2) e *percepção da gerência da unidade* (D5), sendo que no CO esta dimensão teve um escore de 37; com escore menor de 50 ficou *condições de trabalho* (D6). O escore acima de 75 é considerado pelo autor do questionário como indicativo para uma cultura de segurança positiva. (SEXTON et al, 2006)

Observa-se que a dimensão *satisfação no trabalho* (D3) foi positiva no AC e na TO, com escore de 80,6 e 79,5 respectivamente, porém no CO obteve-se escore 69,00. Já a dimensão *percepção do estresse* (D4), segunda melhor avaliada, obteve escores de 68,80 no AC e de 68,20, já no CO obteve escore de 56,30. A dimensão *clima de*

trabalho em equipe (D1), terceira melhor avaliada, revelou escores de 68,20 no AC, 67,00 na TO e 60,70 no CO.

Na dimensão *clima de segurança* (D2), observa-se que o AC obteve 59,80, o CO obteve 57,10 e a TO obteve 55,50. Em se tratando da dimensão *percepção da gerência da unidade e do hospital* (D5), os escores alcançados foram 52,70; 52,10 e 37,00 no AC, TO e CO, respectivamente. Já na dimensão condições de trabalho (D6), os escores não chegaram a 50, pois no AC foi de 49,50, na TO de 48,50 e no CO de 41,00.

Por outro lado, ao se calcular as dimensões nos três setores, teve-se os seguintes resultados: *clima de trabalho em equipe* (D1) com escore de 63,20; *clima de segurança* (D2) com escore de 57,40; *satisfação no trabalho* (D3) com escore de 74,80; *percepção do estresse* (D4) com escore de 62,80; *percepção da gerência da unidade e do hospital* (D5) com escore de 48,00 e condições de trabalho (D6) com escore de 47%. Observa-se que no conjunto destes locais não houve escore acima de 75, sendo que o mais próximo foi de 74,80 da dimensão *satisfação no trabalho* (D3); os demais se mantiveram abaixo de 65.

Os itens 33, 34, 35 e 36 do questionário não incluídos nas dimensões são apresentados separadamente na Tabela 2.

Tabela 2 - Escore dos itens do SAQ – *short form 2006* que trata da percepção da equipe de enfermagem da TO, CO e AC com relação aos enfermeiros, médicos e farmacêuticos e a comunicação de um hospital de ensino no sul do Brasil, 2014.

Itens 33, 34, 35 e 36 do instrumento	TO	CO	AC
Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área	63,60	56,00	71,90
Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	50,00	61,00	70,30
Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área	56,80	54,00	57,80
Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	22,7	54,00	53,10

Fonte: Resultado do próprio trabalho, 2015.

Os escores apresentaram resultados negativos sobre a colaboração entre os profissionais e a comunicação, na média dos itens

dos três setores-alvo do estudo. A colaboração com a equipe médica avaliada pela TO foi a que apresentou um escore mais negativo, e a avaliação mais positiva sobre essa colaboração foi com os enfermeiros com o escore de 71,9 pelo AC. O mesmo resultado observa-se com relação a falhas na comunicação, pois todos os três setores apresentaram escores menores que 75.

A Tabela 3 apresenta a aplicação do teste ANOVA para avaliar diferenças significativas entre as dimensões da cultura de segurança e os três setores envolvidos na pesquisa. O resultado demonstrou diferença entre os setores nas dimensões: *satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerência da unidade e do hospital*; e ainda entre o item 33 (*eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área*).

Tabela 3 - Resultado do teste ANOVA das seis dimensões e dos itens 33, 34, 35 e 36 do SAQ – *short form 2006*, avaliados pelos profissionais de enfermagem da TO, CO e AC de um hospital de ensino no sul do Brasil, 2014.

Dimensão	Fonte de variação	Soma dos quadrados	Grau de liberdade	Média quadrada	F	Valor p
D1	Entre grupos	953,86	2	476,93	1,447	0,243
	Dentro dos grupos	22088,65	67	329,68		
	Total	23042,51	69			
D2	Entre grupos	291,67	2	145,83	0,573	0,567
	Dentro dos grupo	17064,18	67	254,69		
	Total	17355,85	69			
D3	Entre grupos	2060,65	2	1030,32	3,542	0,034
	Dentro dos grupos	19489,00	67	290,88		
	Total	21549,64	69			
D4	Entre grupos	5885,48	2	2942,74	5,915	0,004
	Dentro dos grupos	33333,02	67	497,51		
	Total	39218,50	69			
D5	Entre grupos	3983,43	2	1991,71	7,614	0,001

	Dentro dos grupos	17526,14	67	261,58		
	Total	21509,57	69			
	Entre grupos	1515,47	2	757,73	1,726	0,186
D6	Dentro dos grupos	29422,03	67	439,13		
	Total	30937,50	69			
	Entre grupos	4796,84	2	2398,42	3,685	0,030
Item 33	Dentro dos grupos	43604,95	67	650,82		
	Total	48401,79	69			
	Entre grupos	1608,39	2	804,20	1,371	0,261
Item 34	Dentro dos grupos	39293,39	67	586,47		
	Total	40901,79	69			
	Entre grupos	204,86	2	102,43	0,191	0,826
Item 35	Dentro dos grupos	35302,39	66	534,88		
	Total	35507,25	68			
	Entre grupos	4161,86	2	2080,93	2,569	0,084
Item 36	Dentro dos grupos	54266,71	67	809,95		
	Total	58428,57	69			

Fonte: resultado do próprio trabalho, 2015.

Legenda: D1(Clima de trabalho em equipe); D2 (Clima de segurança); D3 (satisfação no trabalho); D4 (Percepção do estresse); D5 (Percepção da gerência da unidade e do hospital); D6 (Condições de trabalho); Item 33 (Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área); Item 34 (Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área); Item 35 (Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área); Item 36 (falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns).

Na Tabela 4, são apresentados intervalos de confiança que não se interceptam, indicando que as médias dos setores são estatisticamente diferentes. Na dimensão *Satisfação no Trabalho*, o AC é estatisticamente diferente do CO (valor $p=0,052$), sendo que o setor AC apresenta média de escore maior do que CO. Para a dimensão *Percepção do estresse*, o AC é estatisticamente diferente do CO (valor $p=0,006$), sendo que o AC apresenta média de escore maior do que CO. Para a dimensão *Percepção da gerência da unidade e do hospital*, o AC é estatisticamente superior ao CO (valor $p=0,003$); a TO é

estatisticamente diferente do CO (valor $p=0,012$), sendo que a TO apresenta média de escore maior do que o CO. Para o item 33, o AC é estatisticamente diferente do CO (valor $p=0,047$), sendo que o AC apresenta média de escore maior do que CO.

Tabela 4 - Análise *post hoc*, comparação múltipla, com correção de Bonferroni, das dimensões do SAQ – *short form* 2006, avaliados pelos profissionais de enfermagem da TO, CO e AC de um hospital de ensino no sul do Brasil, 2014.

Dimensão	(I) Setor	(J) Setor	Diferença das médias (I-J)	Erro- padrão	Valor p	Intervalo de confiança da diferença das médias, com 95% de confiança.	
						Limite inferior	Limite superior
D3	Alojamento conjunto	Triagem Obstétrica	2,290	5,626	1,000	-11,525	16,106
		Centro Obstétrico	11,794	4,833	0,052	-0,074	23,662
	Triagem Obstétrica	Alojamento conjunto	-2,290	5,626	1,000	-16,106	11,525
		Centro Obstétrico	9,503	5,092	0,199	-3,000	22,006
	Centro Obstétrico	Alojamento conjunto	-11,794	4,833	0,052	-23,662	0,074
		Triagem Obstétrica	-9,503	5,092	0,199	-22,006	3,000
D4	Alojamento conjunto	Triagem Obstétrica	5,545	7,358	1,000	-12,523	23,614
		Centro Obstétrico	20,470	6,321	0,006	4,949	35,991
	Triagem Obstétrica	Alojamento conjunto	-5,545	7,358	1,000	-23,614	12,523
		Centro Obstétrico	14,925	6,659	0,085	-1,426	31,276
	Centro Obstétrico	Alojamento conjunto	-20,470	6,321	0,006	-35,991	-4,949
		Triagem Obstétrica	-14,925	6,659	0,085	-31,276	1,426
D5	Alojamento conjunto	Triagem Obstétrica	1,173	5,335	1,000	-11,929	14,274
		Centro Obstétrico	15,627	4,583	0,003	4,372	26,881

Q33	Triagem Obstétrica	Alojamento conjunto	-1,173	5,335	1,000	-14,274	11,929
		Centro Obstétrico	14,454	4,828	0,012	2,597	26,311
	Centro Obstétrico	Alojamento conjunto	-15,627	4,583	0,003	-26,881	-4,372
		Triagem Obstétrica	-14,454	4,828	0,012	-26,311	-2,597
	Alojamento conjunto	Triagem Obstétrica	3,382	8,416	1,000	-17,283	24,048
		Centro Obstétrico	17,955	7,229	0,047	0,202	35,707
	Triagem Obstétrica	Alojamento conjunto	-3,382	8,416	1,000	-24,048	17,283
		Centro Obstétrico	14,572	7,616	0,180	-4,130	33,274
	Centro Obstétrico	Alojamento conjunto	-17,955	7,229	0,047	-35,707	-0,202
		Triagem Obstétrica	-14,572	7,616	0,180	-33,274	4,130

Legenda: D3 (satisfação no trabalho); D4 (Percepção do estresse); D5 (Percepção da gerência da unidade e do hospital); Item 33 (Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área);

Fonte: Resultado do próprio trabalho.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo realizado nos três setores da maternidade evidenciaram uma cultura de segurança frágil pela apresentação dos escores abaixo do considerado uma cultura positiva. Foi evidenciado que o CO foi o único setor que não apresentou nenhuma dimensão acima de 75, como é possível observar na Figura 1.

Houve um número maior de participantes do gênero feminino, fortalecendo a ideia de que a enfermagem é uma profissão eminentemente feminina. Em relação ao tempo de profissão, com mais da metade dos profissionais perfazendo mais de 10 anos de profissão somente nessa especialidade, favorece a segurança do paciente, pois a inexperience profissional é um dos fatores que ocasionam os erros e os EA, principalmente os relacionados à administração de medicamentos (RIOS, HAGEMANN, PEREIRA, 2010; SILVA, 2003).

Na dimensão *Satisfação no trabalho*, o item que obteve melhor avaliação pelos três setores foi *eu gosto do meu trabalho*. Outros estudos que utilizaram o SAQ também obtiveram essa dimensão como a

mais positiva (PAESE, 2010; FIDELIS, 2011; MARINHO, 2012; DA CORREGIO, 2012; RIGOBELLO, 2012). A satisfação do profissional com o trabalho está diretamente relacionada com a qualidade da assistência prestada, profissionais insatisfeitos com o trabalho apresentam maiores taxas de rotatividade que está associada com a ocorrência de eventos adversos (RIGOBELLO, 2012).

Na dimensão *Percepção do estresse*, o item que apresentou maior escore pelas três equipes do estudo foi *quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado*. O resultado demonstrou que os profissionais reconhecem que a carga de trabalho excessiva e o cansaço atrapalham o desempenho, ficando mais propensos a cometer erros. O estudo de Hora; Ferreira; Silva, (2013) relata que profissionais da saúde estão entre as profissões que mais são afetadas por estresse e citam como fatores causadores, duplas jornadas de trabalho; relações interpessoais; exposição aos riscos inerentes ao ambiente hospitalar; plantões noturnos ou aos sábados ou aos domingos ou aos feriados; desvalorização profissional; insatisfação com o trabalho e sobrecarga do trabalho, entre outros.

Na dimensão *Clima de trabalho em equipe*, o item *é fácil para profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem* foi o que apresentou o maior escore pelas três equipes de enfermagem. Fidelis (2011) destacou em seu estudo que a criação de um clima de trabalho positivo depende muito do desenvolvimento de aprendizados coletivos, nos quais as relações interpessoais são harmoniosas, existe respeito à opinião alheia, à confiança e existe um engajamento coletivo para a construção de um ambiente favorável à segurança.

Na dimensão *Clima de segurança*, o item de maior escore pela equipe do CO e do AC foi *eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado aqui como paciente*, já o item *eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área* obteve o maior escore na equipe de TO. Essa dimensão, que visa avaliar o comprometimento organizacional para a segurança do paciente, demonstrou que os escores mais baixos foram os referentes aos itens que envolvem o manejo do erro. Destaca-se que o maior desafio para tornar o sistema de saúde seguro é mudar a cultura de culpar os profissionais pelos erros para uma cultura em que os erros não sejam tratados como falhas, mas como oportunidades de melhoria (IOM, 2001). É necessário afastar a culpa e a vergonha, pois elas impedem o reconhecimento de erros e qualquer possibilidade de aprender com eles

para desenvolver uma cultura de segurança positiva (NIEVA; SORRA, 2003).

As dimensões que se destacaram com os menores escores foram: *Condições de trabalho e Percepções da gerência da unidade e do hospital*, sendo que o item com maior escore entre os três setores foi *toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim*. Na dimensão *Percepções da gerência da unidade e do hospital*, cada setor pesquisado apresentou um item específico mais negativo. Pelos profissionais do CO, o item foi *Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração hospitalar*; na TO foi o item *a administração hospitalar apoia meus esforços diários* e no AC foi o item *minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração*. Estes itens apontam para a fragilidade no que se refere aos processos gerenciais da instituição, embora existam esforços no sentido de organizar a comissão de segurança do paciente.

Quanto aos itens que dispõem sobre a colaboração entre os enfermeiros, os médicos e os farmacêuticos e a equipe de enfermagem, observa-se diferença estatisticamente significativa nas avaliações feitas pelos três setores com relação ao item 33, *eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as)*. Neste item, o AC e a TO apresentaram média superior ao CO, embora todas as avaliações fossem inferiores a 75. Já o item 35, *eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área*, obteve menor escore em todos os setores. Na instituição, o contato da equipe de enfermagem com os farmacêuticos acontece de forma esporádica, exceto com os enfermeiros, dessa forma justifica-se essa avaliação mais negativa.

O item 36, falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns, não apresentou diferença significativa entre os setores, embora tenha sido avaliado negativamente e na TO obtido o menor escore. Dentro da dinâmica de atendimento, a TO é a porta de entrada da maternidade, onde é realizada a primeira avaliação da gestante pela enfermagem e medicina. Nesse setor não permanece nenhum profissional da medicina e a enfermagem necessita muitas vezes durante o plantão comunicar-se com o CO ou AC na busca pelo médico que fará o atendimento. Isto justificaria o escore negativo com relação à comunicação, já que nem sempre acontece uma comunicação efetiva, gerando desconforto entre os profissionais com a demora do atendimento. A comunicação é fator imprescindível para o exercício da enfermagem estando presente em todos os momentos da atuação do enfermeiro e sendo o principal instrumento do cuidado, contribuindo

para a perfeição da prática de enfermagem, gerando um sentimento de confiança entre o profissional e o paciente (FASSARELLA; CRUZ; PEDRO, 2013).

A análise estatística do teste ANOVA, Tabela 3, e análise Pos Hoc, com correção de Bonferroni, Tabela 4, evidenciaram diferenças significativas do resultado dos escores entre os três setores. O AC foi superior estatisticamente ao CO na dimensão “Satisfação no Trabalho” (valor $p=0,052$) e “Percepção do estresse” (valor $p=0,006$), além do item que dispõe sobre a comunicação (valor $p=0,047$). E na dimensão, “Percepção da gerência da unidade e do hospital”, o AC (valor $p=0,003$) e a TO (valor $p=0,012$) foram estatisticamente superiores ao CO. O CO, assim como diversos setores da instituição-alvo do estudo, passa por um momento de dificuldades em relação ao quantitativo de funcionário, o grande número de afastamentos de profissionais sem a reposição adequada causa desconforto entre toda a equipe. O excesso de carga de trabalho é comum, pois quando não é possível cobrir a carência de profissionais, os que estão na assistência sofrem com a sobrecarga, já que o número de atendimentos não diminui. E todo o estresse gerado, somado com o ambiente tenso e com os atendimentos urgência, acaba afetando a relação entre os profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu avaliar a cultura de segurança de três setores específicos da maternidade que demonstraram fragilidade nas seis dimensões examinadas pelo SAQ, evidenciando uma cultura negativa, uma vez que não apresentaram nenhuma dimensão com o escore acima de 75.

Essa avaliação no local de trabalho permitiu identificar as fragilidades que a equipe enfrenta para prestar uma assistência de enfermagem segura. Percebe-se a necessidade de melhorar a cultura de segurança na triagem obstétrica, centro obstétrico e alojamento conjunto, porém toda mudança requer empenho, principalmente da administração da instituição, buscando estratégias que visem melhorar a segurança da mãe e do recém-nascido, tais como apoiar os esforços dos profissionais, comprometimento dos gestores sobre segurança, melhorar o treinamento e estimular o trabalho em equipe, *feedback* aos profissionais sobre sua atuação, estimular uma comunicação e colaboração adequada entre a equipe de enfermagem e entre outros profissionais. Além de incentivar o relato de erros e tratá-los de maneira

apropriada, de forma a fortalecer uma cultura não punitiva relacionada ao erro.

O estudo teve uma limitação por ter sido realizado apenas com profissionais da enfermagem e não com outras categorias profissionais como sugere o SAQ. Contudo, obteve-se a participação da maioria dos profissionais das equipes de enfermagem da TO, CO e AC, que é a categoria de maior representatividade no ambiente hospitalar.

Será necessário avaliar o clima de segurança nesses locais novamente, conforme a execução de ações de melhoria nesses setores, uma vez que a cultura de segurança precisa ser melhorada. Sugere-se que estudos sejam realizados sobre falhas na comunicação que afetam o cuidado ao binômio mãe - filho. E ainda ampliar o estudo na comparação entre outras maternidades com a intenção de conhecer a perspectiva de mais profissionais, de diferentes instituições, sobre esse tema, bem como para compreender melhor sobre o resultado inferior do CO referente aos demais setores. Sugere-se, portanto, que mais estudos sejam realizados nesse ambiente a fim de compreender as peculiaridades desse setor.

REFERÊNCIAS

ALVARADO, A.L.M. Cultura de la seguridad en los servicios de salud. In: COMETTO, M.C. et al. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 2011. Cap. 8, p. 99-106.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**. 2012.

CARVALHO, R. E. L. **Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil – Questionário de Atitudes Seguras**. 2011. 158 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

COSTA, A.A.R., et al. Mortalidade materna na cidade do Recife. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032002000700005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 20 de dezembro de 2014.

DA CORREGGIO, T.C. **Avaliação da cultura de segurança em um Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário do Sul do Brasil**.

2012. 92f. TCC (Curso de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC, para obtenção do título de Especialista em Alta Complexidade pela Universidade Federal de Santa Catarina. Área de concentração: Alta Complexidade.

DE SOUZA HORA, K.P.H.; DE LIMA FERREIRA, M.G.; DA SILVA, A.P.F. Elementos desencadeadores do estresse no trabalho do enfermeiro hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-FITS**, v. 1, n. 3, p. 167-180, 2013.

DORNFELD, D.; PEDRO, E.N.R. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 190-8, jun. 2011. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10925>>. Acesso em: 03 Fev. 2015.

FASSARELLA, C.S.; CRUZ, D.S.M.; PEDRO, L.S.B.; A comunicação entre equipe de enfermagem e acompanhante visando à segurança do paciente oncológico durante o processo de hospitalização. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 7, n. 1, 2013. Disponível em <http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/rcs/article/viewFile/1902/904>. Acesso em: 05 de janeiro de 2015.

FIDELIS, R.E. **Cultura de segurança: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência do adulto**. [Dissertação de mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2011.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION (HSC). **Organizing for Safety: Third Report of the Human Factors Study Group of ACSNI**. Sudbury: HSE Books, 1993.

IBM Corp. Released 2010. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0. Armonk, NY: IBM Corp.

IOM (INSTITUTE OF MEDICINE). **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington, D.C: National Academy Press, 2001. Cap.3, p. 360.

LAW, M.P. et al. **Assessment of Safety Culture Maturity in a Hospital Setting**. Healthcare Quartely, v 13, special Issue, 2010.

MARINHO, M.M. Cuidado de Enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica. 2012. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MELLO, J.F. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem**. [Dissertação de mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2011.

MELLO, J.F., BARBOSA, S.F.F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2013, vol.22, n.4, pp. 1124-1133. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>. Acesso em: 10 de dezembro 2014.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, sup. II, p. 17-23, 2003. Disponível em: http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.full. Acesso em: 02 de junho de 2013.

NUNES, D.C., SILVA, L.A.M. Humanização na assistência de Enfermagem durante gestação, parto e puerpério e seus desafios na promoção de saúde. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**, Vol.4, p.57-68, set. 2012.

PAESE, F. **Cultura de Segurança do Paciente na atenção Primária à Saúde**. 2010. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

REIS, C.T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Vol. 28, n. 11, p.2199-2210, Nov. 2012.

RIGOBELLO, M.C.G., et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v.25, n.5. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf>. Acesso em: 20 de dezembro de 2014.

RIOS, G.C.; HAGEMANN, L.B.; PEREIRA, P.A. **Relatório da pesquisa e-survey: o cuidado de enfermagem em emergência e a segurança do paciente.** Florianópolis, SC, 2010.(43 f.) TCC (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120909/288722.pdf?sequence=1> Acesso em: 14 julho de 2014.

SEXTON, J. B; THOMAS, E. J. **The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ): Guidelines for Administration.** Texas: **The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice**, 2003. Disponível em: http://www.nationalpatientsafetyfoundation.org/wp-content/uploads/2011/10/RG_SUPS_Sharing_Mod3_Sexton.pdf. Acesso em: 10 de outubro de 2013.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, p. 6-44, 2006.

SILVA, A.E.B.C. **Análise do sistema de medicação de um hospital universitário do estado de Goiás.** [Dissertação de mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2003.

SORRA, J. S; NIEVA, V. F. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication. Rockville, MD: **Agency for Healthcare Research and Quality**. 2004. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/resources/hospcult>>. Acesso em: 10 de junho de 2013.

TRAVERZIM,A.S.; NOVARETTI,M.C.N. Estudo dos eventos adversos em obstetrícia em um hospital público do município de São Paulo. **Anais do III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos e II**

Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade, São Paulo, out-nov, 2014.

TOMAZONI, A. Cultura de Segurança do Paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. 2013. 148 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

5.2 MANUSCRITO 2 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DAS DIFERENTES CATEGORIAS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM⁵

Ana Cláudia de Oliveira Batista⁶
Lucia de Nazareth Amante⁷

Resumo: Objetivo: verificar a avaliação da cultura de segurança do paciente pelas categorias profissionais que compõem a equipe de enfermagem de uma na triagem³ em obstétrica, centro obstétrico e alojamento conjunto de um hospital de ensino a partir do *Safety Attitudes Questionnaire - short form 2006*. **Metodologia:** Estudo transversal de natureza quantitativa, realizado com 68 profissionais de enfermagem. Aprovado pelo Comitê de Ética, sob o Certificado de

³ Manuscrito apresenta resultados parciais da dissertação de mestrado intitulada “Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais da enfermagem obstétrica e neonatal” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil.

⁶ Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: anacobatista@gmail.com.

⁷ Enfermeira. Doutora. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC. Professora do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem/UFSC e professora colaboradora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSC. Coordenadora do Grupo de Apoio a Pessoa Ostomizada (GAO). Membro do GIATE e da COSEP/HU/UFSC. E-mail: lucia.amante@ufsc.br

Apresentação para Apreciação Ética nº 32278814.0.0000.0118. Para análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial.

Resultados: O escore mais elevado está relacionado à dimensão *Satisfação no trabalho*, e as com os menores escores são: *Condições de trabalho* e *Percepção da gerência da unidade e do hospital*, além do item individual sobre comunicação. Com a aplicação do teste de análise de variância foi observado que não houve diferenças significativas do resultado dos escores entre as três categorias profissionais. **Conclusão:** Os resultados revelaram uma cultura de segurança frágil, que requer investimentos para melhorar sua cultura de segurança independente da categoria, já que não houve diferença nessa perspectiva.

Descritores: Segurança do Paciente; Cultura; Equipe de Enfermagem; Obstetrícia; Neonatologia.

Abstract: Objective: To verify the assessment of the patient safety culture by the professional categories that compose the nursing team who work in obstetric screening, obstetric center and rooming-in setting at a teaching hospital from the Safety Attitude Questionnaire – Short Form 2006. **Methods:** This is a cross-sectional study of quantitative nature, held with 68 nursing professionals. It was approved by the Ethics Committee, under the Certificate of Presentation for Ethical Consideration nº 32278814.0.0000.0118. In order to analyze data, we used descriptive and inferential statistics. **Results:** The highest score is related to the dimension *Satisfaction at work*, and the dimensions with the lowest scores were: *Work conditions* and *Perception of the management of unit and of the hospital*, besides the individual item on communication. With the application of the test of variance analysis, we observed that there were no significant differences in the result of the scores among the three professional categories. **Conclusion:** The results have revealed a fragile safety culture, which requires investments to improve its performance, regardless of category, since there was no difference in this perspective.

Keywords: Patient Safety; Culture; Nursing Team; Obstetrics; Neonatology.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente exige uma abordagem compreensiva e multifacetada para identificar e gerenciar riscos potenciais e atuais nos serviços de saúde, assim como a descoberta de soluções eficientes e

permanentes de longo prazo para o sistema de saúde (*THE JOINT COMMISSION*, 2008).

Para melhorar a segurança, é necessário o envolvimento de um conjunto de ações para o aprimoramento do gerenciamento de risco e da segurança ambiental, incluindo controle de infecção; segurança no uso de medicamentos; segurança de equipamentos; prática clínica segura e ambiente seguro de cuidado.

A abordagem comum nas instituições e os esforços tradicionais para a redução dos erros enfocam os indivíduos, mais frequentemente os profissionais da enfermagem por estarem ligados diretamente no cuidado ao paciente. Não são raras as práticas da punição, suspensão e demissão, ou seja, a culpa recai no indivíduo que cometeu ou que não percebeu um erro já iniciado (CASSIANI, 2000). No caso da ocorrência de um erro na medicação, por exemplo, o indivíduo raramente é a única causa. Desse modo, deve-se mudar a cultura dos erros para que estes não sejam vistos como falhas humanas, mas como uma oportunidade de melhorar o sistema existente (BERWICK et al., 1994; LEAPE, 1994).

A segurança do paciente é um movimento em expansão, proporcionado por políticas governamentais e desenvolvimento de novos saberes, nas quais é dado ênfase na cultura de segurança como um dos principais determinantes na assistência em saúde segura (MELLO, 2011). O termo cultura de segurança é definido como um conjunto de comportamentos, atitudes, percepções, crenças e valores de profissionais de uma organização de saúde que oportuniza também a identificação e o aprendizado a partir dos erros, determinando o empenho, o compromisso, o estilo e a competência da administração dessa organização (HSC, 1993).

O maior desafio para tornar o sistema de saúde seguro é mudar a cultura de culpar os profissionais pelos erros para uma cultura em que os erros não sejam tratados como falhas, mas como oportunidades para melhorar o sistema e prevenir danos (IOM, 2001). Os sistemas de saúde devem afastar a culpa e a vergonha, pois elas impedem o reconhecimento de erros e qualquer possibilidade de aprender com eles, e desenvolver uma cultura de segurança positiva que reconheça a inevitabilidade do fracasso, buscando assim identificar as ameaças (NIEVA; SORRA, 2003). O medo de ações disciplinares e punitivas compromete a decisão do profissional ou da equipe quanto a documentá-lo ou não portanto, os gerentes de serviços devem mudar sua cultura e promover mudanças no ambiente de trabalho, de modo que a punição não seja a prática em execução e o indivíduo não seja o foco principal de correção (CASSIANI, 2000).

Nesse sentido, a cultura de segurança traz benefícios que impactam positivamente no funcionamento da organização, alcançando uma melhora contínua da qualidade a partir da análise dos erros. Por isso, é necessária uma conduta aberta e imparcial que permita compartilhar a informação de maneira franca e justa ao profissional que se encontra diante do evento adverso (EA) (ALVARADO, 2011).

No que se diz respeito à saúde materna e neonatal, dados apontam que mais de dois milhões de mães e recém-nascidos, principalmente nos países em desenvolvimento, morrem a cada ano decorrente de complicações do parto que poderiam ser evitadas (DORNFELD; PEDRO, 2011). Por dados preocupantes como esse que a saúde materno - infantil é uma das prioridades na agenda de pesquisa para a segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Para Nieva e Sorra (2003), mensurar a cultura de segurança é fornecer um conhecimento básico das percepções relativas à segurança e atitudes dos profissionais. A mensuração pode ser usada para realizar o diagnóstico da cultura de segurança e conscientizar os profissionais acerca do tema; avaliar as intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento ao longo do tempo; comparar com dados internos e externos à organização; e verificar o cumprimento de necessidades regulatórias (SORRA; NIEVA, 2004).

Os instrumentos utilizados para a avaliação da cultura de segurança são conhecidos como instrumentos psicométricos e existem diferentes modelos, como o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (SORRA; NIEVA, 2004), o *Manchester Patient Safety Culture Assessment Tool* (LAW, 2010) e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SEXTON, THOMAS, 2003). O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) foi o instrumento de escolha para esta pesquisa, porém foi utilizada uma versão genérica e reduzida, a qual foi adaptada transculturalmente para o português por Carvalho (2011). Esta versão SAQ - *short form 2006* avalia as atitudes relevantes para a segurança do paciente através de seis dimensões: percepções de gestão, clima de trabalho em equipe, reconhecimento de estresse, clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho (SEXTON et al., 2006). Tendo em vista que a *Joint Commission* (JCR, 2007) considera o SAQ - *short form 2006* como a ferramenta de melhor escolha para avaliar a cultura de segurança e o mais utilizado em todo o mundo, justifica-se a sua escolha para esta pesquisa.

A maternidade de um hospital de ensino no sul do Brasil iniciou suas atividades no ano de 1995 e em 2013 realizou atendimento a 1.534 nascimentos, por parto normal ou cesariana, além de diversos outros

procedimentos. Nos setores de Triagem Obstétrica (TO), Centro Obstétrico (CO) e Alojamento Conjunto (AC) são atendidas gestantes no pré-parto, parto, pós-parto, bem como recém – nascidos, envolvendo uma série de atendimentos por diferentes profissionais de saúde, sendo que não houve um estudo voltado para a cultura de segurança. Ressalta-se que o único estudo realizado sobre cultura de segurança na área obstétrica e neonatal foi na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (TOMAZONI, 2013).

Diante da relevância e da lacuna de pesquisa sobre cultura de segurança do paciente nos setores que assistem a mulher no pré-parto, parto, pós-parto e atendimento ao recém-nascido, quais sejam: triagem obstétrica (TO), centro obstétrico (CO) e alojamento conjunto (AC), apresenta-se a seguinte pergunta de pesquisa: **Existe relação entre a categoria do profissional de enfermagem e a avaliação da cultura de segurança do paciente sob a ótica desses profissionais que atuam na TO, CO e AC de um hospital de ensino a partir do SAQ - short form, 2006?** Como objetivo: **verificar a avaliação da cultura de segurança do paciente pelas categorias profissionais que compõem a equipe de enfermagem de uma na triagem obstétrica, centro obstétrico e alojamento conjunto de um hospital de ensino a partir do *Safety Attitudes Questionnaire - short form 2006*.**

METODOLOGIA

Estudo transversal de natureza quantitativa, realizado em um hospital escola no Sul do Brasil, nos meses de agosto a outubro de 2014, envolvendo 68 profissionais de enfermagem (20 auxiliares de enfermagem, 14 enfermeiros, 34 técnicos de enfermagem) que atuavam na Triagem Obstétrica, Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto.

Foram utilizados como critérios de inclusão profissionais da equipe de enfermagem com o tempo de atuação de no mínimo seis meses no setor-alvo da pesquisa e como critérios de exclusão profissionais afastados do trabalho no período de coleta de dados e que não declararam seu cargo. O estudo seguiu todos os preceitos éticos determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo iniciado após sua aprovação pela Direção Geral do hospital e pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado de Santa Catarina, firmado pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 32278814.0.0000.0118.

A coleta de dados se deu através da aplicação do SAQ - *Short Form 2006*, que é um instrumento de pesquisa psicométrico para avaliar

a cultura de segurança do paciente. Por meio do SAQ é possível avaliar seis dimensões: percepções de gestão, clima de trabalho em equipe, reconhecimento de estresse, clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho (SEXTON et al., 2006). Estas dimensões estão divididas em 41 itens, que deverão ser respondidos usando uma escala Likert de cinco pontos (discordo fortemente; discordo; neutro; concordo e concordo fortemente). Foram também coletados os dados dos profissionais (gênero, cargo e tempo na especialidade).

Para avaliar os escores de cada dimensão, contabilizaram-se os pontos convertidos da escala de Likert cujos valores são considerados positivos quando o escore é maior ou igual a 75 (SEXTON et al., 2006). Para fazer essa conversão são utilizados os seguintes valores: discordo fortemente: 0, discordo levemente: 25, neutro: 50, concordo levemente: 75 e concordo fortemente: 100. Ainda há questões negativas com o escore reverso, assim, quanto menor o escore, mais positiva a atitude, são elas as questões 2, 11 e 36. Para encontrar o escore de cada dimensão, os itens de cada uma delas são somados e divididos pelo número de itens e considerado positivo quando possuem um escore ≥ 75 . Os itens 14 e de 33 a 36 não fazem parte de nenhuma dimensão (SEXTON et al., 2006). No entanto, o item 14 foi realocado na dimensão *Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital*, quando da sua validação por Carvalho (2011) e assim será considerado neste estudo. Os itens 33 ao 36 foram analisados individualmente.

A coleta dos dados foi realizada durante o turno e local de trabalho dos profissionais, que após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) receberam um envelope pardo, sem identificação e com uma fita dupla face na sua abertura, contendo o questionário SAQ - *Short form 2006*. Os informantes foram orientados a depositá-lo após o preenchimento do questionário em uma urna lacrada colocada em seu próprio setor, sendo que semanalmente a pesquisadora recolhia os questionários depositados na urna.

Para a organização dos dados coletados foi realizada a transcrição dos questionários para uma base de dados, utilizando o *software Microsoft Excel®* e recodificadas as respostas em escala Likert. Após o levantamento dos valores dos escores no processamento e análise dos dados, empregou-se a estatística descritiva, com cálculo de médias, e estatística inferencial. O nível de significância adotado foi de 5% e utilizado o *software* estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) (IBM, 2010) para realizar a Análise de Variância (ANOVA).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A equipe de enfermagem da TO, CO e AC possui um total de 99 profissionais, 83 se encaixaram no critério de inclusão e exclusão, mas somente 70 preencheram e retornaram o questionário. No entanto, dois foram excluídos por não informar sua categoria profissional, totalizando 68 (81,9%) dos profissionais.

As características sociodemográficas estão representadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas dos profissionais de enfermagem respondentes do SAQ – *short form* 2006 que atuam na TO, CO e AC de um hospital de ensino no sul do Brasil, 2014.

CARACTERÍSTICA	TÉCNICOS N (%)	AUXILIARES N (%)	ENFERMEIROS N (%)	TOTAL
Gênero				
Feminino	31(45,5%)	19 (27,9%)	12 (17,6%)	62 (91,2%)
Masculino	3 (4,4%)	1 (1,4%)	2 (2,9%)	6 (8,8%)
Tempo de atuação na especialidade				
6 a 11 meses	2 (2,9%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,9%)
1 a 2 anos	2 (2,9%)	1 (1,4%)	2 (2,9%)	5 (7,3%)
3 a 4 anos	6 (8,8%)	0 (0%)	2 (2,9%)	8 (11,7%)
5 a 10 anos	2 (2,9%)	3 (4,4%)	4 (5,8%)	9 (13,2%)
10 a 20 anos	12 (17,6%)	13 (19,1%)	5 (7,3%)	30 (44,1%)
21 anos ou mais	10 (14,7%)	3 (4,4%)	1 (1,4%)	14 (20,5%)

Fonte: Resultado do próprio trabalho.

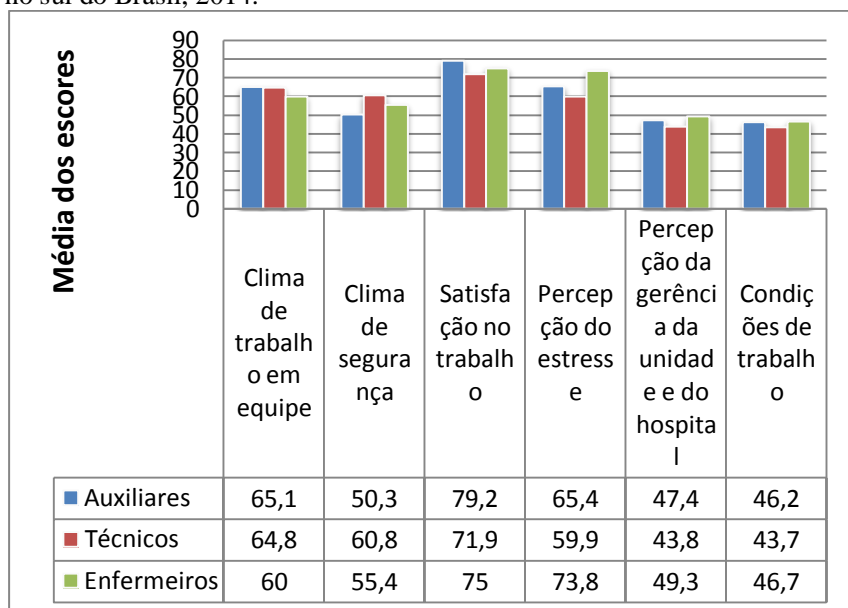
A análise revelou que a maioria dos profissionais pertence à categoria dos técnicos de enfermagem com 34 (50%), seguidos por 20 auxiliares de enfermagem (29,4%) e 14 enfermeiros (20,5%). Quanto ao gênero, a maioria dos participantes do estudo pertence ao gênero

feminino com 63 profissionais (91,2%) e seis do gênero masculino (8,8%).

É possível observar na Tabela 1 que mais da metade dos profissionais que atuam na especialidade obstétrica e neonatal possui mais de 10 anos de experiência, sendo que o tempo de atuação de *10 a 20 anos* foi o intervalo de tempo que apresentou maior número de profissionais, 30 (44,1%). Nota-se que os auxiliares de enfermagem, seguidos pelos técnicos de enfermagem, foram os que mais se destacaram em número nessa categoria com 13 (19,1%) e 12 (17,6%), respectivamente. O tempo de atuação na especialidade, *21 anos ou mais*, foi o segundo intervalo de tempo com maior número de profissionais, 14 (20,5%), sendo que os técnicos em enfermagem representaram 10 (14,7%) desse total.

A experiência proporciona ao profissional maior conhecimento sobre a área que atua, conferindo segurança na sua assistência. A tomada de decisão na enfermagem deve ter como base as convicções e conhecimentos próprios da profissão, assumidos e partilhados pela equipe de enfermagem, uma vez que são inerentes à profissão e indicam o caminho para a afirmação das intervenções de enfermagem, dentro da equipe e dos contextos de saúde (STANCATO; GONÇALVES, 2012).

Figura 1 - Média das dimensões da cultura de segurança por categoria dos profissionais de enfermagem da TO, CO e AC de hospital de ensino no sul do Brasil, 2014.



Fonte: Resultado do próprio trabalho.

A Figura 1 apresenta a média dos escores das dimensões que avaliam a cultura de segurança por categorias profissionais da equipe de enfermagem: auxiliares, técnicos e enfermeiros, na qual se percebe um equilíbrio entre as categorias sobre as dimensões apresentadas.

A dimensão com o escore mais elevado foi a *satisfação do trabalho*, a única que apresentou escore acima de 75, o que segundo Sexton et al (2006) é considerado um valor positivo para avaliar a cultura de segurança. Nessa dimensão, os auxiliares e enfermeiros obtiveram os escores mais elevados, indicando uma visão positiva do seu local de trabalho. As três categorias profissionais apresentaram respostas mais positivas em relação ao item *eu gosto do meu trabalho*.

Segundo Regis e Porto (2011), para garantir uma boa assistência de enfermagem, é necessário que os integrantes da equipe de enfermagem estejam mais satisfeitos, assim seu desempenho ao cuidar dos pacientes poderá estar plenamente desenvolvido. Ao contrário, no caso da equipe não gostar do trabalho, o mesmo autor afirma que

tenderá a reproduzir suas insatisfações na relação do cuidado com o outro, podendo comprometê-lo.

A segunda dimensão com o maior escore foi a *Percepção do estresse*, sendo que a categoria profissional Enfermeiro apresentou o maior escore, 73,8. Nessa dimensão é possível reconhecer como os fatores estressores influenciam no desempenho do trabalho (SEXTON et al., 2006). O ambiente hospitalar possui aspectos muito específicos que favorecem a excessiva carga de trabalho, como a existência de regime de turnos e plantões que permite a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho (SCHMOELLER et al., 2011). A mesma autora ressalta que o tema cargas de trabalho de enfermagem tem sido discutido mundialmente objetivando a qualidade da assistência prestada aos pacientes, além da qualidade de vida dos profissionais de saúde e nos custos hospitalares. O item desta dimensão que recebeu mais resposta positiva foi quando *minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado*.

Na dimensão *clima de trabalho em equipe*, que avalia a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os profissionais, o escore mais elevado foi produzido pela categoria dos auxiliares de enfermagem com 65,1 (SEXTON et al., 2006). No entanto, a diferença do escore, percebida visualmente na Figura 1, é pequena entre as categorias profissionais. O item *os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada* chamou atenção pelo baixo escore atribuído pelas três categorias profissionais, principalmente pelos enfermeiros. A dificuldade do trabalho em conjunto, entre enfermagem e medicina, assim como com outros profissionais, prejudica a qualidade da assistência, deixando em risco a segurança do paciente. Por outro lado, um trabalho em equipe eficiente ocasiona uma maior produtividade e consequentemente melhora a segurança do paciente.

Observando a Figura 1, a dimensão *clima de segurança*, na qual é possível avaliar a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente (SEXTON et al., 2006), percebe-se que as respostas dos técnicos em enfermagem representaram um escore mais elevado que as demais categorias. Os itens dessa dimensão que mais se destacaram negativamente estão relacionados ao erro, o que deixa claro a falta de manejo do erro por parte da instituição e dos profissionais. A instituição deve investir na mudança de cultura incentivando os profissionais a registrarem e a não esconderem os erros; objetivando melhorar o

desempenho e não castigar aqueles que falham, com a particularidade de que todos podem aprender com as falhas (SILVA, 2009).

A dimensão *Percepção da gerência da unidade e do hospital* foi a segunda com o menor escore do estudo sobre o ponto de vista dos profissionais da enfermagem. As três categorias apresentaram o escore negativo sobre a aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança. Os baixos escores da dimensão revelam a necessidade de estabelecer um elo de confiança entre a gerência e os profissionais. Segundo Paese e Sasso (2013), o desenvolvimento de uma cultura de segurança envolve o comprometimento da instituição e de seus gestores para identificar as necessidades dos setores, buscando conhecer as dificuldades e desafios que a equipe enfrenta diariamente. Neste contexto, um canal de comunicação efetivo com os níveis hierárquicos é criado e permite a construção da confiança entre todos os envolvidos.

A dimensão que apresentou o menor escore, *condições de trabalho*, avalia a percepção dos profissionais quanto à qualidade do seu ambiente de trabalho. A categoria dos técnicos de enfermagem apresentou o menor escore das três categorias. Nessa dimensão, os itens ligados a treinamento de novos membros e supervisão de estagiários foram os que expressaram a maior fragilidade, com os menores escores, por todas as categorias profissionais. Destaca-se que a capacitação da equipe de enfermagem e a supervisão de novos membros em formação contribuem para a assistência de qualidade pelos profissionais da enfermagem.

A Tabela 2 apresenta o resultado da avaliação dos itens 33 ao 36 do SAQ pelas categorias profissionais. Os itens 33 ao 35 dispõem sobre a colaboração da equipe de enfermagem com enfermeiros, médicos e farmacêuticos e ainda sobre as falhas na comunicação.

Tabela 2 - Medidas resumo dos Itens 33, 34, 35 e 36 do SAQ – *short form 2006* por categoria dos profissionais de enfermagem da TO, CO e AC de um hospital de ensino no sul do Brasil, 2014.

Dimensão	Profissionais	N de sujeito respondente	Média dos escores	Desvio-padrão dos escores	Mediana	Mínimo	Máximo
Item 33	Auxiliar	20	65,4	21,7	75,0	0,0	75,0
	Enfermeiro	14	62,5	29,5	75,0	0,0	100,0
	Técnico	34	61,2	28,0	75,0	0,0	100,0
Item 34	Auxiliar	20	59,6	26,1	75,0	0,0	75,0

	Enfermeiro	14	65,0	17,5	75,0	25,0	75,0
	Técnico	34	60,3	27,2	75,0	0,0	100,0
	Auxiliar	20	46,2	24,7	50,0	0,0	75,0
Item 35	Enfermeiro	14	62,5	21,2	62,5	25,0	100,0
	Técnico	34	56,0	23,8	50,0	0,0	100,0
	Auxiliar	20	46,2	30,4	50,0	0,0	100,0
Item 36	Enfermeiro	14	45,0	30,7	50,0	0,0	75,0
	Técnico	34	49,1	28,7	50,0	0,0	100,0

Legenda: Item 33 (Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área); Item 34 (Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área); Item 35 (Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área); Item 36 (Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns).

Fonte: Resultado do próprio trabalho.

Os resultados revelaram escores abaixo do que se considera ideal para a cultura positiva, principalmente em relação à colaboração com os farmacêuticos. Estes profissionais não possuem uma proximidade com a equipe de enfermagem, visto que a dispensação de medicamentos acontece diretamente com os escriturários dos setores, justificando essa avaliação negativa no estudo. O item 36 é um escore reverso que avalia a comunicação com a seguinte afirmação *falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns*. Este item obteve uma avaliação negativa pelos profissionais de enfermagem, o que preocupa, já que a comunicação é imprescindível para o intercâmbio de informações, ideias, ordens e fatos, permitindo a realização de ações coordenadas, minimizando as diferenças e aproximando as pessoas, gerando um impacto positivo na qualidade dos cuidados de enfermagem para os pacientes no âmbito hospitalar (SANTOS et al., 2011).

Para avaliar se houve diferenças estatísticas entre o resultado dos escores das dimensões e dos itens 33 aos 36 do SAQ e as categorias profissionais foi aplicado o teste ANOVA como se observa na Tabela 3.

Tabela 3 - Teste ANOVA das dimensões e dos itens 33 ao 36 por categoria de profissionais da enfermagem da TO, CO e AC de um hospital de ensino no sul do Brasil, 2014.

Dimensão	Fonte de variação	Soma dos quadrados	Grau de liberdade	Média quadrada	F	Valor p
D1	Entre grupos	155,97	2	77,98	0,243	0,785
	Dentro dos grupos	20852,31	65	320,80		
	Total	21008,28	67			
D2	Entre grupos	805,46	2	402,73	1,601	0,209
	Dentro dos grupos	16346,17	65	251,48		
	Total	17151,63	67			
D3	Entre grupos	443,64	2	221,82	0,736	0,483
	Dentro dos grupos	19589,91	65	301,38		
	Total	20033,55	67			
D4	Entre grupos	481,29	2	240,64	0,428	0,654
	Dentro dos grupos	36578,75	65	562,75		
	Total	37060,04	67			
D5	Entre grupos	141,97	2	70,99	0,233	0,793
	Dentro dos grupos	19788,66	65	304,44		
	Total	19930,64	67			
D6	Entre grupos	264,09	2	132,05	0,284	0,754
	Dentro dos grupos	30212,83	65	464,81		
	Total	30476,92	67			
Q33	Entre grupos	909,93	2	454,96	0,627	0,537
	Dentro dos grupos	47178,31	65	725,82		
	Total	48088,24	67			
Q34	Entre grupos	765,76	2	382,88	0,646	0,527
	Dentro dos grupos	38526,52	65	592,72		
	Total	39292,28	67			
Q35	Entre grupos	1990,95	2	995,47	1,924	0,154
	Dentro dos grupos	33120,99	64	517,52		
	Total	35111,94	66			
Q36	Entre grupos	774,95	2	387,47	0,441	0,645
	Dentro dos grupos	57120,27	65	878,77		
	Total	57895,22	67			

Legenda: D1(Clima de trabalho em equipe); D2 (Clima de segurança); D3 (satisfação no trabalho); D4 (Percepção do estresse); D5 (Percepção da gerência

da unidade e do hospital); D6 (Condições de trabalho); Item 33 (Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área); Item 34 (Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área); Item 35 (Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área); Item 36 (Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns).

Fonte: Resultado do próprio trabalho.

O teste evidenciou que não houve diferença estatisticamente significativa nas dimensões e os itens avaliados entre os profissionais, pois todos os valores de p são maiores do que 5%. Sendo assim, foi demonstrado que a equipe de enfermagem percebe a segurança do seu ambiente de trabalho de forma equivalente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar a cultura de segurança permite identificar as barreiras que a equipe de enfermagem enfrenta para prestar um cuidado seguro. O resultado da avaliação da cultura de segurança entre os profissionais de enfermagem demonstrou fragilidades nas seis dimensões e nos itens individualmente avaliados, principalmente nas condições de trabalho, percepção da gerência da unidade e do hospital e comunicação.

O estudo comprova, por meio do teste ANOVA, que não há diferença significativa do resultado das dimensões e dos quatro itens avaliados individualmente entre as três categorias profissionais: auxiliares de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Permitindo concluir que os profissionais da enfermagem necessitam melhorar sua cultura de segurança independente da categoria, já que não há diferença nessa perspectiva. Essa melhora inclui a administração da instituição e dos setores pesquisados apoiarem ações de relatos dos erros, trabalhar estimulando uma comunicação adequada entre os profissionais e investir em educação permanente sobre o tema segurança.

O fator positivo destacado foi a satisfação no trabalho, que deve ser valorizado e utilizado a favor dos gestores para que valorizem esses profissionais e proporcionem melhorias nos aspectos considerados negativos.

Considerando que o estudo concentrou-se em três setores da maternidade, sugere-se a replicação desta pesquisa em outras unidades hospitalares que ainda não realizaram essa mensuração, identificando as necessidades de cada setor e suas potencialidades, para que se planejem mudanças objetivando a segurança do paciente.

E ainda destaca-se a relevância do desenvolvimento de pesquisas científicas sobre cultura na área obstétrica e neonatal utilizando o SAQ como instrumento de mensuração.

REFERÊNCIAS

ALVARADO, A.L.M. Cultura de la seguridad en los servicios de salud. In: COMETTO, M.C. et al. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 2011. Cap. 8, p. 99-106.

BERWICK, D. M. et al. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. Tradução de José Carlos Barbosa dos Santos. São Paulo: Makron Books, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**. 2012.

CARVALHO, R. E. L. **Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil – Questionário de Atitudes Seguras**. 2011. 158 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CASSIANI, S.H.B. Erros na medicação: Estratégias de Prevenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.53, n.3, p.424-430, 2000.

DORNFELD, D.; PEDRO, E.N.R. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 190-8, jun. 2011. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10925>>. Acesso em: 10 Dez. 2014. doi:10.5216/ree.v13i2.10925.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION (HSC). **Organizing for Safety: Third Report of the Human Factors Study Group of ACSNI**. Sudbury: HSE Books, 1993.

IBM Corp. Released 2010. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0. Armonk, NY: IBM Corp.

IOM (INSTITUTE OF MEDICINE). **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington, D.C: National Academy Press, 2001. Cap.3, p. 360.

JOINT COMMISSION RESOURCES (JCR). A Check-up for Safety Culture in “My Patient Care Area”. The **Joint Commission Journal on Quality and Safety**, Oakbrook Terrace, Illinois, v. 33, n. 11, p. 699-703, nov.2007.

LAW, M.P. et al. Assessment of Safety Culture Maturity in a Hospital Setting. **Healthcare Quartely**, v 13, special Issue, 2010.

LEAPE, L.L. Error in medicine. **JAMA**, v. 272, n. 23, p.1851-7, 1994.

MELLO, J.F. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem**. [Dissertação de mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2011.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, sup. II, p. 17-23, 2003. Disponível em: http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.full. Acesso em: 02 de junho de 2013.

PAESE, F.; SASSO, G.T.M.D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto contexto - enferm**. [online]. 2013, vol.22, n.2, pp. 302-310. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>. Acesso em: 11 de novembro de 2014.

REGIS, L.F.L.V., PORTO, I.S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho* **Rev Esc Enferm USP** 2011; vol.45, n.2, PP.:334-341 Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: novembro de 2014.

SANTOS, J.L.G., et al. Concepções de comunicação na Gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um Hospital Universitário **Rev Esc Enferm USP** 2011; vol.45, n.4, PP. 959-965. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: outubro de 2014.

STANCATO, K.; GONÇALVES, M.C.S.R. Autonomia do enfermeiro: concepções dos profissionais técnicos em enfermagem. **Revista eletrônica acervo saúde**. Vol. 4, n. 2, p. 281-307, 2012.

SEXTON, J. B; THOMAS, E. J. **The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ): Guidelines for Administration**. Texas: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2003. Disponível em:
http://www.nationalpatientsafetyfoundation.org/wp-content/uploads/2011/10/RG_SUPS_Sharing_Mod3_Sexton.pdf.
 Acesso em: 10 de outubro de 2013.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, p. 6-44, 2006.

SCHMOELLER, R., et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2011. Vol.32, n.2, PP.368-377.

SILVA, F.J.F. **Mudança da cultura na prática médica para evitar o erro**. Lisboa: ISCTE, 2009. Dissertação de mestrado. Disponível em [www:<http://hdl.handle.net/10071/2564>](http://hdl.handle.net/10071/2564). Acesso em: setembro de 2014.

SORRA, J. S; NIEVA, V. F. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication. Rockville, **MD: Agency for Healthcare Research and Quality**. 2004. Disponível em:
<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/resources/hospcult>>. Acesso em: 10 de junho de 2013.

TOMAZONI, A. **Cultura de Segurança do Paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal**. 2013. 148 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for patient safety. **Who patient safety research**. Geneva:WHO; 2009.

6 CONSIDERAÇÕES FINAS

Atualmente, a segurança do paciente vem sendo tratada como questão de preocupação na saúde. É imprescindível repensar a prática e saber que é possível fazer para reduzir a ocorrência de complicações para o paciente. Grande parte dos serviços de saúde aborda o erro de uma forma individual, como um produto do descuido, em que a forma de resolver a consequência de um erro é culpando, estimulando o sentimento de vergonha no profissional de saúde e tomando medidas corretivas dirigidas a quem errou. Porém essa atitude faz com que os profissionais passem a esconder os erros.

Observa-se que progressos foram feitos para a segurança do paciente nos últimos 15 anos, principalmente após o relatório chamado de *To err is human: building a safer healthcare system*, que apresentou dados alarmantes sobre os erros, chamando a atenção de diversos países que passaram a adotar o tema como prioridade política na área da saúde. Essa publicação estimulou a criação de diferentes estratégias para a promoção da segurança do paciente, entre elas, o desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva.

A construção de uma cultura de segurança em pleno avanço permite às organizações e seus profissionais disporem de dados e ferramentas para trabalhar em prol da melhoria da assistência à saúde (CAPELA; CHO; LIMA, 2013). No entanto, para pensar em modificar a cultura de segurança de um local é necessário, primeiramente, conhecer a cultura preexistente no ambiente e para isso existem instrumentos que corroboram para esse achado.

A aplicação do SAQ, instrumento de avaliação psicométrica, permitiu conhecer a cultura de três setores da maternidade de um hospital escola. Os resultados demonstram uma cultura frágil em todas as dimensões que o instrumento se propõe a avaliar, principalmente, sobre as condições de trabalho, percepção da gerência da unidade e do hospital e comunicação.

Mudanças precisam ocorrer na TO, no AC e, principalmente, no CO, que apresentou números ainda mais negativos de avaliações que os demais setores. A administração da instituição deve buscar estratégias que visem melhorar a cultura desses setores, agora que foi possível identificar seus pontos fracos, objetivando oferecer um cuidado mais seguro à mulher e ao recém-nascido. É necessário apoiar os esforços diários dos profissionais que mesmo reconhecendo diversas dificuldades no dia a dia estão satisfeitos com o seu local de trabalho. A gestão deve

se comprometer mais com o tema de segurança, melhorar o treinamento e estimular o trabalho em equipe, realizar mais *feedback* aos profissionais sobre sua atuação valorizando os aspectos positivos, estimular uma comunicação e colaboração adequada entre a equipe de enfermagem e outros profissionais, além de incentivar o relato de erros e tratá-los de maneira apropriada, de forma a fortalecer uma cultura não punitiva relacionada ao erro.

O estudo apresentou uma limitação por ter sido realizado apenas com profissionais da enfermagem e não com outras categorias profissionais como sugere o SAQ, conhecendo apenas a perspectiva da enfermagem desses setores sobre a cultura de segurança.

Destaca-se a necessidade de avaliar a cultura de segurança nesses locais novamente, conforme forem executadas ações de melhoria nesses setores. E sugere-se que mais estudos sobre cultura de segurança sejam realizados em locais que assistem a mulher e o recém-nascido, visto que ainda são poucos os estudos encontrados.

REFERÊNCIAS

ALVARADO, A.L.M. Cultura de la seguridad en los servicios de salud. In: COMETTO, M.C. et al. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 2011. Cap. 8, p. 99-106.

AHRQ (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY). At A Glance. Rockville, MD: **Agency for Healthcare Research and Quality**, 2011. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/about/ata glance.htm>>. Acesso em: 07 de junho de 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (Notivisa)**. 2004. <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm> Acesso em: 12 de junho de 2013.

BERWICK, D. M. et al. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. Tradução de José Carlos Barbosa dos Santos. São Paulo: Makron Books, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1016, de 26 de agosto de 1993**. Diário Oficial da União n.º 167: 01/09/93.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000**. Estabelece o Programa de Humanização no Pré -natal e Nascimento (PHPN). Brasília, 2000. Disponível em: http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_570_GM.PDF Acesso em: 02 de dezembro de 2014.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.htm>>. Acesso em: 16 abril 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha**. Brasília, 2011. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 05 de novembro de 2014.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2013b. 40 p. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf . Acesso em: 05 de fevereiro de 2014.

CARNEIRO, F.S. et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, vol.12, n.2, p.204, 2011. Disponível em:
<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf>. Acesso em: 08 de outubro de 2012.

CARVALHO, R. E. L. **Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil – Questionário de Atitudes Seguras**. 2011. 158 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CASSIANI, S. H. B. **Um salto para o futuro no ensino da administração de medicamentos: desenvolvimento de um programa instrucional auxiliado pelo computador**. Ribeirão Preto, 1998. 206 p. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

CASSIANI, S.H.B. Erros na medicação: Estratégias de Prevenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.53, n.3, p.424-430, 2000.

COSTA, A.A.R et al . Mortalidade materna na cidade do Recife. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, Aug. 2002. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-

72032002000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de dezembro de 2014.

DA CORREGGIO, T.C. **Avaliação da cultura de segurança em um Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário do Sul do Brasil.** 2012. 92f. TCC (Curso de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC, para obtenção do título de Especialista em Alta Complexidade pela Universidade Federal de Santa Catarina. Área de concentração: Alta Complexidade.

DE SOUZA HORA, K.P.H.; DE LIMA FERREIRA, M.G.; DA SILVA, A.P.F. Elementos desencadeadores do estresse no trabalho do enfermeiro hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-FITS**, v. 1, n. 3, p. 167-180, 2013.

DORNFELD, D.; PEDRO, E.N.R. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 190-8, jun. 2011. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10925>>. Acesso em: 03 Fev. 2015. doi:10.5216/ree.v13i2.10925.

FASSARELLA, C.S.; CRUZ, D.S.M.; PEDRO, L.S.B.; A comunicação entre equipe de enfermagem e acompanhante visando à segurança do paciente oncológico durante o processo de hospitalização. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 7, n. 1, 2013. Disponível em <http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/rcs/article/viewFile/1902/904>. Acesso em: 05 de janeiro de 2015.

FIDELIS, R.E. **Cultura de segurança: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência do adulto.** [Dissertação de mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2011.

GALLOTTI, R.M.D. Eventos adversos - O que são? **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.50, n.2, p.114, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000200008>. Acesso em: 13 de maio de 2013.

GOMES, A.Q.F. **Iniciativas para a Segurança do Paciente Difundidas pela Internet por Organizações Internacionais.**

[Dissertação]. Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

GRAJALES, R.A.Z. et al. La calidad y seguridad del paciente: elementos conceptuales. In: COMETTO, M.C. et al. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 2011. Cap. 11, p. 139-163.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION (HSC). **Organizing for Safety: Third Report of the Human Factors Study Group of ACSNI**. Sudbury: HSE Books, 1993.

HOCH, A. P.; VILAMIL, L. J.; MARTINS, S. D. S. **Cultura da segurança da equipe de enfermagem em um centro obstétrico**. Florianópolis, SC, 2010. (70 f.) TCC (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0571.pdf>>. Acesso em: 09 de junho de 2013.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. COSEP. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/nuvisah/2015/02/03/cosep/>. Acesso em 5 de março de 2015.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Histórico. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/?page_id=13>. Acesso em 2 de março de 2014a.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Organograma. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/?page_id=17. Acesso em 2 de março de 2014b.

IBM Corp. Released 2010. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0. Armonk, NY: IBM Corp.

IHI (INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT). **5 Million Lives Campaign**. 2006. Disponível em: <http://www.ihl.org/about/Documents/5MillionLivesCampaignCaseState ment.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2013.

IOM (INSTITUTE OF MEDICINE). **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington, D.C: National Academy Press, 2001. Cap.3, p. 360.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATION (JCAHO). Examples of monitoring and evaluation in special care units. In: **Special care unit monitoring and evaluating in perspective**. Chicago: JCAHO, p. 18-22. 1988

JOINT COMMISSION RESOURCES (JCR). A Check-up for Safety Culture in “My Patient Care Area”. **The Joint Commission Journal on Quality and Safety**, Oakbrook Terrace, Illinois, v. 33, n. 11, p. 699-703, nov.2007.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system**. Washington (DC): Institute of Medicine; 1999. Disponível em: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>. Acesso em: 20 de maio de 2013.

KOWIATEK, J.G. et al. Medication safety manager in na academic medical center. **Am. J Health-System Pharmacy**, v.61, n.1, p.58-64, 2004.

LAW,M.P. et al. Assessment of Safety Culture Maturity in a Hospital Setting. **Healthcare Quartely**, v 13, special Issue, 2010.

LEAPE, L.L. Error in medicine. **JAMA**, v. 272, n. 23, p.1851-7, 1994.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. **Types of epidemiologic studies: basic concepts and uses in the área of aging**. Epidemiol. Serv. Saúde, Dec. 2003, vol. 12, no.4, p 189-201.

LOEFLER, I. Why the Hippocratic ideals are dead. **BMJ**, v. 324, n. 7351, p. 1463, June 2002. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/324/7351/1463.1.full>>. Acesso em: 07 junho 2013.

MARINHO, M.M. **Cuidado de Enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica**. 2012. 135f. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem) Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MELLO, J.F. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem.** [Dissertação de mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2011.

MELLO, J.F., BARBOSA, S.F.F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2013, vol.22, n.4, pp. 1124-1133. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>. Acesso em: 10 de dezembro 2014.

Ministerio de Sanidad y Consumo (SPA). **La seguridad Del paciente em siete pasos: Agencia Nacional para La Seguridad del Paciente (NPSA), Sistema Nacional de Salud (NHS), Reino Unido.** (Traducción y resumen de Miguel Recio Segoviano; Agencia de Calidad, Ministerio de Sanidad y Conumo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; noviembre de 2005. Último acesso em 14 de outubro de 2013. Disponível em: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf

MONTICELLI, M. et al. A filosofia assistencial da maternidade de um hospital universitário na visão dos acadêmicos. **Texto Contexto Enfermagem.** V.19, n.1, p.25-35, 2010.

MORAIS, A.S.; MELLEIRO, M.M. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 112-20, 2013.

NASSAR, S.M., et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. URL de acesso: <http://www.sestat.net> . Florianópolis - SC, Brasil. Acessado em 20 de novembro de 2013.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, sup. II, p. 17-23, 2003. Disponível em: http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.full. Acesso em: 02 de junho de 2013.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing: what it is and what is not.** New York: D Appleton and Company; 1860. Disponível em: <http://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html#XIV>

NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals.** 3. ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green 1863. Disponível em: http://www.archive.org/stream/cu31924012356485/cu31924012356485_djvu.txt. Acesso em: 10 de junho de 2013.

NOVAES, H.M., PAGANINI, J.M. **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil).** Washington: Organização Panamericana de Saúde; 1994.

NUNES, D.C., SILVA, L.A.M. Humanização na assistência de Enfermagem durante gestação, parto e puerpério e seus desafios na promoção de saúde. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**, Vol.4, p.57-68, set. 2012.

PAESE, F. **Cultura de Segurança do Paciente na atenção Primária à Saúde.** 2010. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002. Acesso em: 02 fevereiro 2014.

PEDREIRA, M.L.G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.22, n.4, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 de junho de 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação das evidências para a prática da**

enfermagem. Tradução de Regina de Sales. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

SEPAESC (POLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DE SANTA CATARINA). **Ata da Reunião do Polo de Segurança do Paciente de Santa Catarina.** Centro de Ciências da Saúde – UFSC. Ata da reunião realizada no dia 1 de dezembro de 2009. Livro 1, p. 1.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, p.768–770, 2000.

REGIS, L.F.L.V., PORTO, I.S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. **Rev Esc Enferm USP** 2011; vol.45, n.2, pp.334-41. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: dezembro de 2014.

REIS,C.T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol.28, n.11, pp. 2199-2210, 2012.

REIS,L.G.C. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde.** / organizado por Paulo Sousa e Walter mendes. – Rio de Janeiro, EaD/ENSP, 452 p. : il.p389, 2014.

RELIHAN,E.C.; SILKE, B.; RYDER, S.A. Design template for a medication safety programme in an acute teaching hospital. **European Journal of Hospital Pharmacy**.v.19. p.340–344, 2012.

RIGOBELLO, M.C.G., et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v.25, n.5. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf>. Acesso em: 20 de dezembro de 2014.

RIOS,G.C.; HAGEMANN, L.B.; PEREIRA, P.A. **Relatório da pesquisa e-survey: o cuidado de enfermagem em emergência e a segurança do paciente.** Florianópolis, SC, 2010.(43 f.) TCC (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120909/288722.pdf?sequence=1> Acesso em: 14 julho de 2014.

RUELAS, E. Confusiones y definiciones. **Rev Calidad de Atención a La Salud**, v.2,n.3, p.5-7, 1995.

SANTOS, J.L.G., et al. Concepções de comunicação na Gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um Hospital Universitário **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(4):959-65
www.ee.usp.br/reeusp/

SEXTON, J. B; THOMAS, E. J. **The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ): Guidelines for Administration**. Texas: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2003. Disponível em:
http://www.nationalpatientsafetyfoundation.org/wp-content/uploads/2011/10/RG_SUPS_Sharing_Mod3_Sexton.pdf.
Acesso em: 10 de outubro de 2013.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, p. 6-44, 2006.

SILVA, A.E.B.C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.3, p.422, 2010. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.11885>. Acesso em: 28 de maio de 2013.

SCHMOELLER R, et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):368-77.

SILVA, F.J.F. **Mudança da cultura na prática médica para evitar o erro** [Em linha]. Lisboa: ISCTE, 2009. Dissertação de mestrado. [Consult. Dia Mês Ano] Disponível em
www:<<http://hdl.handle.net/10071/2564>>.

SOUZA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Med Port**, p. 309-318, 2006. Disponível em:
<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/964/637>. Acesso em: 28 de outubro de 2013.

SORRA, J. S; NIEVA, V. F. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication. Rockville, **MD: Agency for Healthcare Research and Quality**. 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/resources/hospcult>>. Acesso em: 10 de junho de 2013.

STANCATO, K.; GONÇALVES, M.C.S.R. Autonomia do enfermeiro: concepções dos profissionais técnicos em enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Vol. 4, n.2, p.281-307, 2012.

THE JOINT COMMISSION (TJC); JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions**. 2008. Disponível em: <<http://www.ccforspatientsafety.org/Patient-Safety-Solutions/>>. Acesso em: 07 junho de 2013.

THE JOINT COMMISSION (TJC). **Accreditation Requirements Chapters. Accreditation Program: Hospital. Pre-publication Version**. 2008. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/>. Último acesso em: Outubro 2012.

TOMAZONI, A. **Cultura de Segurança do Paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal**. 2013. 148 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

TRAVERZIM, A.S.; NOVARETTI, M.C.N. Estudo dos eventos adversos em obstetrícia em um hospital público do município de São Paulo. **Anais do III Simpósio Internacional de Gestão de Projetos e II Simpósio Internacional de Inovação e Sustentabilidade**, São Paulo, out-nov, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for patient safety: fo ward programme 2015. Wordl Heath Organization, Geneva, 2004.

_____. **World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. The Research

Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization. 2008.

_____. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety** v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 08 de junho de 2013.

_____. **World Alliance for patient safety**. Who patient safety research. Geneva:WHO; 2009.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado: **Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais da enfermagem obstétrica e neonatal**. O estudo tem como objetivo principal avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem que atuam na maternidade de um hospital escola a partir do questionário *Safety Attitudes Questionnaire - short form 2006*. Esta sendo realizado pela Enf^a Ana Cláudia de Oliveira Batista, aluna do curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem do Departamento de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, sob orientação da Prof. Dra. Lúcia Nazareth Amante.

O estudo esta sendo realizado com os profissionais da enfermagem que atuam na Triagem Obstétrica, Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto da maternidade do Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago nos meses de julho a setembro de 2014. A aplicação do questionário esta sendo realizada no seu local e horário de trabalho.

Cabe a você decidir se irá ou não participar. Caso não queira participar do estudo, não terá nenhuma desvantagem ou prejuízo. Caso decida participar, ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência, sem qualquer prejuízo e as informações que tiver prestado não serão utilizadas.

Para participar é necessário que você assine esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas cópias, uma cópia será sua e a outra cópia do pesquisador responsável. E posteriormente você receberá o questionário *Safety Attitudes Questionnaire - short form 2006* onde seu preenchimento deve durar em média 10 minutos. Para assegurar o anonimato e a confidencialidade, o instrumento não possui

dados de identificação dos sujeitos e quando for entregue será oferecido ao participante um envelope para que seja colocado após o preenchimento do mesmo e lacrado. Após responder o questionário você deverá depositá-lo na urna lacrada, que esta disponível em seu local de trabalho.

O estudo oferece risco mínimo ao participante, pois, não apresenta risco de natureza física. Entretanto, é possível que haja desconforto em relação a algum item do questionário que faça você reviver algum momento que causou tristeza. Neste caso a pesquisadora irá lhe confortar e apoiar por meio de escuta atenta aguardando que você consiga continuar o preenchimento do questionário. Os benefícios com a pesquisa são indiretos aos participantes, pois, espera-se trazer contribuições para a segurança do paciente a longo prazo, sendo que só poderão beneficiar pacientes futuros, desde que a instituição absorva os resultados esperados desta pesquisa em sua rotina de trabalho.

Os resultados do estudo serão passíveis de publicação científica, sendo que a pesquisadora assegura o total anonimato dos participantes. E você poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. E por ser um estudo de caráter voluntário, não prevê nenhuma forma de pagamento pela sua participação. E de sua parte não terá nenhum gasto financeiro, além do tempo despendido para o preenchimento.

Em caso de qualquer problema relacionado ao estudo, ou sempre que tiver qualquer dúvida, por favor, entre em contato com:

Mestranda: En^a Ana Cláudia de Oliveira Batista. Contato telefônico: Celular: (48) 9638-3337. E-mail para contato: anacobatista@gmail.com
Prof.^a Dra. Lúcia N. Amante Telefone: (48) 3721-2772 ou (48) 99115466. E-mail: lucia.amante@ufsc.br

Esta pesquisa cumpre a resolução 466/2012 e tem a aprovação do Comitê de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina. (CEPSH/UDESC). O CEP SH/UDESC está localizado na Avenida Madre Benvenutta, nº 2007, Itacorubi, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. CEP: 88035-001. Fone: (48) 3321-8195. E-mail: cepsch.reitoria@udesc.br

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu,

portador do RG _____ confirmo que li os termos da pesquisa e concordo em participar da mesma. Fui devidamente informado e esclarecido sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido a liberdade de retirar-me da

pesquisa em qualquer hora ou momento, ficando assegurado que não serei penalizado por isso. Ao assinar este termo de consentimento, estou de pleno acordo com os dados a serem coletados, podendo os mesmos, serem utilizados conforme descrito neste termo de consentimento.

Assinatura do Participante

Pesquisador responsável
Ana Cláudia de Oliveira Batista

Florianópolis,.....de de 2014

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES SEGURAS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO**

**PESQUISA: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**

QUESTIONÁRIO DE ATITUDES SEGURAS

Por favor, responda os seguintes itens com relação a sua unidade ou área clínica. Marque a sua resposta usando a escala abaixo:

A	B	C	D	E	X
Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica

1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área	A	B	C	D	E	X
2. Neste área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado do paciente	A	B	C	D	E	X
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem esta certo, mas o que é melhor para o paciente)	A	B	C	D	E	X
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	A	B	C	D	E	X
5. É fácil para profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que	A	B	C	D	E	X

eles não entendem						
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	A	B	C	D	E	X
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado aqui como paciente	A	B	C	D	E	X
8. Erros são tratados de maneira apropriada nesta área	A	B	C	D	E	X
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas a segurança do paciente nesta área	A	B	C	D	E	X
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	A	B	C	D	E	X
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros	A	B	C	D	E	X
12. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto a segurança do paciente	A	B	C	D	E	X
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	A	B	C	D	E	X
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse a administração	A	B	C	D	E	X
15. Eu gosto do meu trabalho	A	B	C	D	E	X
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	A	B	C	D	E	X
17. Este é um bom lugar para trabalhar	A	B	C	D	E	X
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área	A	B	C	D	E	X
19. O moral nesta área é alto	A	B	C	D	E	X
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	A	B	C	D	E	X
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)	A	B	C	D	E	X
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	A	B	C	D	E	X
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorespiratória, convulsões)	A	B	C	D	E	X
24. A administração apoia meus esforços diários (Adm. Unidade)	A	B	C	D	E	X
24. A administração apoia meus esforços	A	B	C	D	E	X

diários (Adm. Hospital)						
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (Adm. Unidade)	A	B	C	D	E	X
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (Adm. Hospital)	A	B	C	D	E	X
26. A administração esta fazendo um bom trabalho (Adm. Unidade)	A	B	C	D	E	X
26. A administração esta fazendo um bom trabalho (Adm. Hospital)	A	B	C	D	E	X
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: (Adm. Unidade)	A	B	C	D	E	X
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: (Adm. Hospital)	A	B	C	D	E	X
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Adm. Unidade)	A	B	C	D	E	X
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Adm. Hospital)	A	B	C	D	E	X
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	A	B	C	D	E	X
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	A	B	C	D	E	X
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	A	B	C	D	E	X
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	A	B	C	D	E	X
33. Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área	A	B	C	D	E	X
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	A	B	C	D	E	X
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área	A	B	C	D	E	X
36. Falhas na comunicação que levam a	A	B	C	D	E	X

atrasos no atendimento são comuns						
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--

Você já havia preenchido este instrumento anteriormente? () Sim ()

Não () Não sei

Cargo: () Enfermeiro () Técnico em enfermagem () Auxiliar em enfermagem

Gênero: () Homem () Mulher

Tempo na especialidade:

() 6 a 11 meses () 1 a 2 anos () 3 a 4 anos () 5 a 10 anos () 10 a 20 anos () 21 anos ou mais

ANEXO A – SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE - SHORT FORM 2006

Safety Attitudes: Frontline Perspectives from this Patient Care Area

I work in the (clinical area or patient care area where you typically spend your time):

This is in the (clinical area or patient care area where you typically spend your time):

Department of:

Please complete this survey with respect to your experiences in this clinical area.

• Use number 2 pencil only.

• Erase cleanly any mark you wish to change.

Correct Mark

Incorrect Marks

Not Applicable

Agree Strongly

Agree Slightly

Neutral

Disagree Slightly

Disagree Strongly

Please answer the following items with respect to your specific unit or clinical area.
Choose your responses using the scale below:

A	B	C	D	E	X
Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly	Not Applicable
1. Nurse input is well received in this clinical area.					
2. In this clinical area, it is difficult to speak up if I perceive a problem with patient care.					
3. Disagreements in this clinical area are resolved appropriately (i.e., not who is right, but what is best for the patient).					
4. I have the support I need from other personnel to care for patients.					
5. It is easy for personnel here to ask questions when there is something that they do not understand.					
6. The physicians and nurses here work together as a well-coordinated team.					
7. I would feel safe being treated here as a patient.					
8. Medical errors are handled appropriately in this clinical area.					
9. I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in this clinical area.					
10. I receive appropriate feedback about my performance.					
11. In this clinical area, it is difficult to discuss errors.					
12. I am encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have.					
13. The culture in this clinical area makes it easy to learn from the errors of others.					
14. My suggestions about safety would be acted upon if I expressed them to management.					
15. I like my job.					
16. Working here is like being part of a large family.					
17. This is a good place to work.					
18. I am proud to work in this clinical area.					
19. Morale in this clinical area is high.					
20. When my workload becomes excessive, my performance is impaired.					
21. I am less effective at work when fatigued.					
22. I am more likely to make errors in tense or hostile situations.					
23. Fatigue impairs my performance during emergency situations (e.g. emergency resuscitation, seizure).					
24. Management supports my daily efforts:				Unit Mgt	Hosp Mgt
25. Management doesn't knowingly compromise pt safety:				Unit Mgt	Hosp Mgt
26. Management is doing a good job:				Unit Mgt	Hosp Mgt
27. Problem personnel are dealt with constructively by our:				Unit Mgt	Hosp Mgt
28. I get adequate, timely info about events that might affect my work, from:				Unit Mgt	Hosp Mgt
29. The levels of staffing in this clinical area are sufficient to handle the number of patients.					
30. This hospital does a good job of training new personnel.					
31. All the necessary information for diagnostic and therapeutic decisions is routinely available to me.					
32. Trainees in my discipline are adequately supervised.					
33. I experience good collaboration with nurses in this clinical area.					
34. I experience good collaboration with staff physicians in this clinical area.					
35. I experience good collaboration with pharmacists in this clinical area.					
36. Communication breakdowns that lead to delays in delivery of care are common.					

BACKGROUND INFORMATION

Have you completed this survey before? ☐ Yes ☐ No ☐ Don't Know

Today's Date (month/year):

Position: (mark only one)

☐ Attending/Staff Physician
 ☐ Registered Nurse
 ☐ Clinical Support (CNA, EMT, Nurse Aide, etc.)

☐ Fellow Physician
 ☐ Pharmacist
 ☐ Technologist/Technician (e.g., Surg., Lab, Rad.)

☐ Resident Physician
 ☐ Therapist (RT, PT, OT, Speech)
 ☐ Admin Support (Clerk/Secretary/Receptionist)

☐ Physician Assistant/Nurse Practitioner
 ☐ Clinical Social Worker
 ☐ Environmental Support (Housekeeper)

☐ Nurse Manager/Charge Nurse
 ☐ Dietician/Nutritionist
 ☐ Other Manager (e.g., Clinic Manager)

Mark your gender: ☐ Male ☐ Female

Primarily ☐ Adult ☐ Peds ☐ Both

Years in specialty: ☐ Less than 6 months ☐ 6 to 11 mo. ☐ 1 to 2 yrs ☐ 3 to 4 yrs ☐ 5 to 10 yrs ☐ 11 to 20 yrs ☐ 21 or more

Thank you for completing the survey - your time and participation are greatly appreciated.

PLEASE DO NOT WRITE IN THIS AREA

Copyright © 2004 by The University of Texas at Austin

Mark Referral forms by Pearson NCS 9903011-1 321 HCR9 Printed in U.S.A.

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO SAQ

Permission Safety Attitudes Questionnaire

Entrada x



Ana claudia de oliveira batista <anacobatista@gmail.com>

8 de mai (Há 1 dia) ☆



para eric.thomas ▾

Dear Dr. Thomas,

I kindly ask for your permission to use the Safety Attitudes Questionnaire - Safety Attitudes: Frontline Perspectives from this Patient Care Area.

The saq will be applied to a research plan to develop in my masters dissertation in the university hospital, as to better understand the teamwork and help us to improve patient safety.

Best regards,

Ana Cláudia de Oliveira Batista
Federal University of Santa Catarina
Nursing Undergraduate Program
Tel: [+55 48 9638-3337](tel:+55489638-3337)



Thomas, Eric

18:38 (Há 22 horas) ☆



para Jason, Madelene, mim ▾



inglês ▾



português ▾

[Traduzir mensagem](#)

[Desativar para: inglês](#)

Hi,

You have our permission to use the survey.

Sincerely,

Eric

Eric J Thomas MD, MPH
Professor of Medicine
Associate Dean for Healthcare Quality
Director, UT Houston-Memorial Hermann Center for Healthcare Quality and Safety
The University of Texas Medical School at Houston
6410 Fannin UPB 1100.44
Houston, TX 77030
[713-500-7958](tel:713-500-7958)
www.utpatientsafety.org

ANEXO C – SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE - SHORT FORM 2006 - TRADUZIDO E VALIDADO

Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado

Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:
Departamento: _____ Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área.

• Use somente lápis número 2 • Apague muito bem qualquer resposta que você deseja mudar.

Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica
Selecione suas respostas usando a escala abaixo:

A	B	C	D	E	X
Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica

1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área

2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente

3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)

4. Eu teria me sentido que compartilho as mesmas prioridades da equipe para cuidar dos pacientes

5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem

6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada

7. Eu me sentiria seguro (a) ao ficar tratado (a) aqui como paciente

8. Erros são tratados de maneira apropriada nesta área

9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área

10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho

11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros

12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente

13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros

14. Minha sugestão sobre segurança poderia ser posta em ação ou os expressamos à administração

15. Eu gosto do meu trabalho

16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família

17. Este é um bom lugar para trabalhar

18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área

19. O moral nesta área é alto

20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado

21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou sobrecarregado (a)

22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis

23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiopulmonar, convulsões)

24. A administração apoia meus esforços diários: Adm unid. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Adm hosp. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: Adm unid. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Adm hosp. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

26. A administração está fazendo um bom trabalho: Adm unid. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Adm hosp. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nós: Adm unid. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Adm hosp. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): Adm unid. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Adm hosp. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes

30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe

31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim

32. Colegas da minha profissão não adequadamente supervisionados

33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área

34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área

35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área

36. Falhas na comunicação que levam a erros não são frequentemente

INFORMAÇÕES

Você já havia preenchido este instrumento anteriormente? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe Data (mês/ano): _____

Cargo: (marque somente um)

☐ Médico da equipe responsável ☐ Psicólogo ☐ Técnico em nutrição/ radiologia laboratório

☐ Médico residente ☐ Farmacológico (a) ☐ Fonoaudiólogo

☐ Chefe de enfermagem ☐ Fisioterapeuta ☐ Administrativo (auxiliar escritório/ secretária/ recepcionista)

☐ Enfermeiro (a) ☐ Anestesiologista ☐ Suporte ambiental (pessoa da limpeza)

☐ Auxiliar de enfermagem / Técnico de enfermagem ☐ Nutricionista ☐ Outro: _____

Gênero: ☐ homem ☐ mulher Atuação principal: ☐ adulto ☐ pediatria ☐ ambos

Tempo na especialidade: ☐ menos de 6 meses ☐ 6 a 11 meses ☐ 1 a 2 anos ☐ 3 a 4 anos ☐ 5 a 10 anos ☐ 11 a 20 anos ☐ 21 anos ou mais

Obrigado por responder este instrumento. Seu tempo e sua participação são muito importantes.

POR FAVOR NÃO ESCREVA NESTA ÁREA

ANEXO D: AUTORIZAÇÃO DO SAQ TRADUZIDO E VALIDADO

autorização para o uso do questionário de atitudes seguras



Entrada x



Ana claudia de oliveira batista <anacobatista@gmail.com>

8 de mai (Há 1 dia) ☆



para rhanna ▾

Olá Dra Rhanna

Eu me chamo Ana Cláudia de oliveira Batista, sou mestranda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E gostaria de sua autorização para utilizar o questionário de atitudes seguras, que a senhora traduziu e validou para o português em sua tese do doutorado, em minha dissertação.

Obrigada

Ana Cláudia
Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Cel. (48) 9638-3337



Rhanna Emanuela <rhannalima@gmail.com>

22:24 (Há 18 horas) ☆



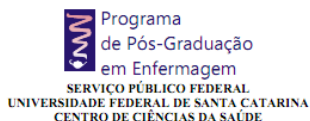
para mim ▾

Olá Ana Cláudia,

Autorizo a utilização do Questionário de Atitudes de Segurança - SAQ, em sua pesquisa. O artigo para citação está disponível no site da Revista Latino Americana de Enfermagem: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000300020&script=sci_arttext. Sugiro que leia a metodologia da minha tese (site de teses da USP), as dúvidas que surgirem podem entrar em contato comigo que terei o maior prazer em respondê-las.

Rhanna Carvalho.

ANEXO E: INSTRUÇÃO NORMATIVA 10/PEN/2011



Instrução Normativa 10/PEN/2011

Florianópolis, 15 de junho de 2011.

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 15/06/2011 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

RESOLVE:

Art. 1. Alterar o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

Art. 2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

Art. 3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.

- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

Art. 4. Orientações gerais:

§ 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;

§ 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;

§ 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;

§ 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior para Doutorado e B2 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

Art. 5. Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos finais.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 15/06/2011

ANEXO F: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NA TRIAGEM OBSTÉTRICA, CENTRO OBSTÉTRICO E ALOJAMENTO CONJUNTO DE UM HOSPITAL ESCOLA

Pesquisador: Lucia nazareth amante

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32278814.0.0000.0118

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 751.145

Data da Relatoria: 14/08/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto é adequadamente apresentado e atende às resoluções da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. O texto é claro, objetivo e inclui as informações necessárias para sua apreciação ética.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem que atuam na triagem obstétrica, centro obstétrico e alojamento Conjunto de um hospital universitário no Sul do Brasil a partir do questionário Safety Attitude Questionnaire.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores agora atribuem ao projeto risco mínimo ao participante, pois não apresenta risco de natureza física. Entretanto, referem a possibilidade de desconforto emocional em relação a algum item do questionário. Neste caso a pesquisadora irá confortar e apoiar o participante, até que o mesmo consiga continuar o preenchimento do mesmo.

Os benefícios com a pesquisa agora são apresentados como indiretos aos participantes, pois espera-se trazer contribuições para a segurança do paciente a longo prazo, sendo que só poderão beneficiar pacientes futuros, desde que a instituição absorva os resultados

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepsh.retoria@udesc.br

esperados desta pesquisa em sua rotina de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo observacional, transversal de natureza quantitativa que ira avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica de 97 profissionais de enfermagem que atuam na triagemobstétrica, centro obstétrico e alojamento Conjunto de um hospital universitário no Sul do Brasil a partir do questionário Safety Attitude Questionnaire. Após a coleta dos dados será realizado a transcrição para uma base de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto encontra-se preenchida, datada e assinada pelo pesquisador. Na versão atual consta a Declaração de Anuência do coordenador do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - curso de Mestrado em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde. O Termo de concordância das instituições envolvidas encontra-se em anexo e adequadamente assinado pelo responsável pelo Hospital Universitário Professor Polydoro Emani de São Thiago (HU) e pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Os pesquisadores apresentam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com os indicativos dos itens principais previstos na Resolução 466/2012/CONEP/CNS/MS. Este documento esta redigido de forma objetiva e clara, e consta a identificação do pesquisador responsável e do CEP.

Recomendações:

As recomendações realizadas na versão anterior foram acatadas, constando todas adequações no documento atual.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado Aprova o parecer da Relatoria, processo Aprovado.

FLORIANOPOLIS, 14 de Agosto de 2014

Assinado por:
Luciana Dornbusch Lopes
(Coordenador)